

Guide à l'usage des établissements de santé

Prise en charge différenciée

du VIH et de la tuberculose

Novembre 2015
Genève, Suisse

Le présent guide présente plusieurs modèles de prise en charge différenciée, mis en œuvre avec succès dans divers contextes et dans différents pays en Afrique subsaharienne. Il sera actualisé au fil des expériences rapportées concernant les démarches exposées ici ou d'autres démarches similaires.

Remerciements

Le présent guide a été élaboré par le Fonds mondial avec le soutien et la participation de nombreux pays et de plusieurs organisations. Nous tenons à remercier les fonctionnaires des ministères de la santé du Kenya, d'Ouganda et du Sénégal à tous les niveaux – national, régional, provincial et local – pour leurs contributions, leurs efforts et leur soutien. En Ouganda, l'Organisation d'aide aux malades du sida (TASO) et l'Institut des maladies infectieuses (IDI) ont apporté leur aide pour les visites sur le terrain et fourni les documents décrivant les méthodes mises en œuvre avec succès dans leurs établissements de santé respectifs.

Le guide a aussi grandement bénéficié de l'expérience d'organisations telles que : Médecins Sans Frontières (MSF) au Malawi, au Kenya et en Afrique du Sud ; le Centre pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) au Mozambique ; les programmes TB-REACH du partenariat Halte à la tuberculose en Éthiopie et en Zambie ; l'Agence américaine pour le développement international (USAID) et FHI360 au Sénégal ; les établissements du ministère de la Santé en Tanzanie et au Malawi.

Ce document a pu être amélioré notamment grâce à des discussions avec des membres du personnel et à la documentation décrivant, d'une part, les méthodes novatrices de prestation de services mises en œuvre par la TASO en Ouganda, et d'autre part, les dispensaires mises en place par MSF dans toute l'Afrique subsaharienne.

La TASO est une organisation non gouvernementale ougandaise qui fournit actuellement un traitement antirétroviral à plus de 50 000 personnes – soit 12 % des patients sous TAR en Ouganda – par l'intermédiaire de 11 centres de service répartis dans le pays. MSF est une ONG internationale d'aide humanitaire qui est à l'origine des premiers modèles communautaires de prise en charge du VIH et de la tuberculose.

Nous remercions également pour leurs contributions et leurs observations lors de l'élaboration de ce guide, des collègues de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), du Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR), du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), de la Fondation Bill et Melinda Gates, du partenariat Halte à la tuberculose et de MSF.

REMARQUE :

Les commentaires (repérés par des nombres en chiffres romains i, ii, iii...) sur des éléments du guide sont indiqués dans des notes de bas de page.

Les citations (repérées par des nombres en chiffres arabes 1,2,3...) se rapportant à des travaux publiés figurent dans la section *Références* à la fin du guide.

Aperçu du contenu du guide

Remerciements	i
Aperçu du contenu du guide	i
Glossaire	iii
I. Introduction	1
1 Dans quel contexte ce guide a-t-il été élaboré ?	1
2 À qui ce guide s'adresse-t-il et quel est son but ?	2
3 Comment ce guide a-t-il été élaboré ?	3
4 Que trouve-t-on dans ce guide ?	3
II. Transformer les données en informations pour une prise en charge différenciée	5
III. Module 1 : Dépistage différencié	9
1 Introduction	10
2 Repérer les possibilités de dépistage différencié	11
3 Quelles sont les options ?	13
4 Par où commencer ?	21
IV. Module 2 : Prise en charge différenciée	26
1 Introduction	27
2 Repérer les possibilités de mise en place d'une prise en charge différenciée	28
3 Quelles sont les options ?	29
4 Par où commencer ?	36
V. Module 3 : Délivrance différenciée des médicaments	42
1 Introduction	43
2 Repérer les possibilités de délivrance différenciée des médicaments	44
3 Quelles sont les options ?	46
4 Par où commencer ?	60
VI. Outils pour des approches différenciées	65
<i>Outil 1 : Exemple d'enquête sur les préférences et les besoins des patients</i>	66
<i>Outil 2 : Exemple de modèle pour mesurer le temps d'attente et la satisfaction des patients</i>	68
<i>Outil 3 : Exemples de tableaux pour contrôler l'efficacité d'une prise en charge différenciée</i>	69
<i>Outil 4 : Exemple d'affiche sur les clubs d'observance des TAR</i>	71
<i>Outil 5 : Exemples d'activités pour les groupes de discussion</i>	73
<i>Outil 6 : Exemple d'un outil de surveillance des traitements antirétroviraux</i>	76
<i>Outil 7 : Critères d'admissibilité établis par MSF pour intégrer un groupe communautaire TAR (GCT)</i>	77
<i>Outil 8 : Tâches supplémentaires engendrées par une différenciation de la délivrance des médicaments</i>	78
VII. Autres ressources	80
1 Lignes directrices générales	81
2 Dépistage différencié	81
3 Modes de dépistage novateurs	81
4 Populations-clés	82
5 Participation communautaire	82
6 Prise en charge intégrée de la tuberculose et du VIH	83

7	Outils de suivi	83
8	Gestion de l'approvisionnement en médicaments	83
VIII. Références		84

Glossaire

agent de santé communautaire	toute personne exerçant des fonctions en rapport avec des prestations de santé, formée pour accomplir certaines tâches, mais qui ne possède ni certificat professionnel ou paraprofessionnel, ni diplôme de l'enseignement supérieur
cas confirmés	personnes dont le test de dépistage du VIH ou de la tuberculose est positif (également appelés « cas positifs »)
cas positifs	personnes dont le test de dépistage du VIH ou de la tuberculose est positif (également appelés « cas confirmés »)
CDIS	conseil et dépistage à l'initiative du soignant
CDV	conseil et dépistage volontaires
COT	club d'observance des traitements
couple sérodiscordant	couple dont l'un des partenaires est séropositif et l'autre séronégatif
DCTGP	distribution communautaire des TAR gérée par des patients
décentralisation	processus de délégation ou de transfert d'une autorité et de ressources importantes du ministère central de la santé vers d'autres institutions ou des bureaux locaux du ministère à d'autres échelons du système de santé (provincial, régional, district, sous-district, poste de santé primaire, communautaire)
délégation des tâches	processus par lequel des tâches sont réalisées, le cas échéant, par des agents de santé moins spécialisés
dépistage des proches d'un cas de référence	démarche ciblée dans laquelle les membres du ménage et de la famille (y compris les enfants) d'une personne testée positive pour le VIH se voient proposer un test de dépistage ; le cas de référence peut aussi être appelé <i>cas index</i> , <i>cas repère</i> ou <i>cas indicateur</i> .
DOTS	traitement de brève durée sous surveillance directe : une stratégie de lutte contre la tuberculose recommandée par l'Organisation mondiale de la Santé ¹
établissements de santé	centres dans lesquels sont assurés des services de santé ; il peut s'agir de petits postes de santé, de dispensaires plus importants ou de grands hôpitaux. Dans ce document, les termes <i>établissement</i> et <i>site</i> sont utilisés sans distinction.
GCT	groupe communautaire TAR
GEP	groupe d'entraide entre pairs
intégration	implantation au même endroit de services de prise en charge de différentes maladies, permettant une mise en commun des ressources. Dans le cas du VIH, il peut s'agir de regrouper au même endroit des services de dépistage, de prévention et de traitement du VIH, et d'autres services de santé comme par exemple : des services de prise en charge de la tuberculose, des infections sexuellement transmissibles ou des hépatites virales ; des services de soins prénatals, de contraception et autres services de planification familiale ; des services de dépistage et de prise en charge d'autres maladies, y compris des maladies non transmissibles.
MSF	Médecins Sans Frontières
parcours des patients	passage des patients d'un poste de soins à un autre dans un établissement de santé, depuis leur entrée jusqu'à leur sortie
patient stable (VIH)	(les définitions varient d'un site à l'autre, mais reprennent généralement un ou plusieurs des critères énumérés ici) patient sous TAR depuis au moins 6 à 12 mois, dont le traitement n'a pas été modifié depuis au moins 3 mois, présentant une charge virale indétectable et chez qui l'observance a été parfaite.

PODI	point de distribution communautaire (des traitements)
populations-clés	groupes définis qui, en raison de comportements particuliers à haut risque, ont plus de chances de contracter le VIH que la population générale, indépendamment du type d'épidémie ou du contexte local. Dans ces lignes directrices, les groupes considérés comme des populations-clés sont les suivants : les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, les consommateurs de drogues injectables, les personnes en détention ou se trouvant dans d'autres lieux fermés, les professionnels du sexe, et les personnes transgenres.
prévalence	nombre de personnes vivant avec le VIH (ou la tuberculose) rapporté à la population totale (%)
prise en charge médicale et thérapeutique différenciée	se dit d'un modèle de prestation de services qui a été adapté de manière à pouvoir répondre à des besoins particuliers d'un sous-groupe de patients
segmentation des patients	regroupement des patients en sous-groupes de patients aux caractéristiques semblables, confrontés à des obstacles de même nature ou aux besoins similaires
SIS	système d'information sanitaire
sites	voir « établissements de santé »
TAA	traitement auto-administré
TAR	traitement antirétroviral (contre le VIH)
TASO	The AIDS Support Organization : organisation d'aide aux malades du sida qui œuvre aux côtés du ministère de la Santé en Ouganda

I. Introduction

1 Dans quel contexte ce guide a-t-il été élaboré ?

Les programmes nationaux soutenus par le Fonds mondial et ses partenaires produisent des résultats significatifs dans la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme. Le Rapport 2015 sur les résultats du Fonds mondial révèle que 17 millions de vies ont été sauvées et que le nombre des décès liés au VIH, à la tuberculose et au paludisme, a diminué d'un tiers depuis 2002 dans les pays où le Fonds investit².

Malgré des progrès toujours plus importants, certains services de santé vitaux ne sont pas encore accessibles à toutes les personnes qui en ont besoin. Comme le souligne l'ONUSIDA, les données collectées à l'échelle mondiale ou régionale permettent de dresser un tableau général de l'épidémie de VIH, mais elles masquent la diversité des épidémies et des populations touchées aux niveaux national, infranational et local³. Cela vaut également pour la tuberculose, au point que le partenariat Halte à la tuberculose appelle les acteurs de la lutte contre la maladie à trouver de nouveaux moyens pour atteindre les populations les plus vulnérables et les plus marginalisées. Le PEPFAR a également mis au point une nouvelle méthode de planification opérationnelle et de prise de décision, qui va dans le même sens^{1,4,5}.

Les résultats en matière de santé varient d'un site à l'autreⁱⁱ dans de nombreux pays et sont en outre affectés par un ensemble de facteurs géographiques, économiques, démographiques et sociaux. Les anciens modèles de soins, en milieu hospitalier, ont abouti à des prises en charge indifférenciées ne correspondant pas aux besoins particuliers des individus, et n'ont souvent pas pris ces facteurs suffisamment en compte⁶. Cependant, certains sites ont mis au point des méthodes prometteuses visant à optimiser la prestation des services et à adapter la prise en charge aux besoins et aux contraintes des patients.

Comme le montrent les exemples cités dans ce guide, le recours à ces méthodes a contribué à améliorer la santé des patients ainsi que la couverture et la qualité des services, tout en optimisant l'utilisation des ressources.

Ces méthodes sont regroupées dans trois catégories interdépendantes :

- **prise en charge différenciée** dans le cadre des prestations de services ;
- **amélioration de la gestion** de l'établissement ;
- **meilleur usage des données du site** afin de déceler des améliorations possibles.

Ce guide s'intéresse principalement à la **prise en charge différenciée** (voir l'encadré ci-dessous), même si une meilleure gestion de l'établissement et une utilisation efficace des données sont souvent nécessaires à la réussite des différentes options examinées.

La mise en œuvre réussie d'une prestation de services différenciée peut permettre **à un établissement d'économiser jusqu'à 20 % sur ses coûts**, tout en préservant voire en améliorant la santé des patientsⁱⁱⁱ. De telles démarches font également des patients des acteurs de leur prise en charge, ce qui a notamment pour effet d'améliorer les taux de présence en consultation et l'observance des traitements. Les prestataires de services pourront aussi profiter de méthodes de travail plus efficaces et plus efficaces, avec à la clé la satisfaction de voir la santé de leurs patients s'améliorer.

ⁱ La Stratégie de l'ONUSIDA pour la période 2016-2021 décrit la nouvelle approche du Programme commun : *Accélérer la riposte pour mettre fin au sida* (voir référence n° 15). Le partenariat Halte à la tuberculose est en train d'élaborer avec les acteurs de la lutte contre la maladie un « Plan mondial pour éliminer la tuberculose, 2016-2020 », qui appelle à reconsidérer radicalement la manière de travailler à l'échelle des pays, des régions et du monde, pour éliminer la maladie d'ici 2035.

ⁱⁱ Les sites se définissent comme des centres dans lesquels sont assurés des services de santé ; il peut s'agir de petits postes de santé, de dispensaires plus importants ou de grands hôpitaux. Dans ce document, les termes « établissement » et « site » sont utilisés sans distinction.

ⁱⁱⁱ Concernant la délivrance et le renouvellement des traitements antirétroviraux au niveau communautaire, ce chiffre de 20 % est basé sur des études publiées et sur les observations directes de la TASO en Ouganda. Pour ce qui est des traitements de brève durée sous surveillance directe au niveau communautaire, il est basé sur deux publications.

Utilisée ici dans son acception la plus large, la notion de **prise en charge différenciée** englobe tous les services destinés à recenser, tester, traiter et aider les personnes touchées par le VIH et/ou la tuberculose. On parle aussi parfois de *prise en charge à plusieurs niveaux*, de *prise en charge centrée sur le patient* ou de *prise en charge adaptée au patient*.

Une prise en charge différenciée dans un établissement nécessite :

- De connaître les besoins et les contraintes spécifiques des groupes de patients ;
- De connaître le point de vue des patients sur les obstacles qui les empêchent d'accéder aux services de dépistage et de traitement ;
- De connaître le point de vue des prestataires de soins sur les obstacles qui empêchent les patients d'accéder à ces services ;
- **D'adapter et d'améliorer la prestation de services** pour ce qui est du dépistage, des traitements, de la prise en charge et de la délivrance des médicaments, en fonction des informations recueillies auprès des patients et des prestataires de soins concernant leurs besoins, leurs contraintes et les obstacles auxquels ils sont confrontés.

Il est important de garder à l'esprit que, dans la plupart des cas, **ces approches ne nécessitent ni changement d'orientation, ni ressources supplémentaires importantes**, dans la mesure où elles ne sont que des adaptations de ce qui est déjà mis en œuvre au niveau d'un site. Un investissement de départ pourra s'avérer nécessaire pour financer la formation du personnel et l'amélioration de la qualité, mais l'intention n'est pas de mettre en œuvre de nouveaux programmes ou processus demandant des ressources supplémentaires.

Si ces méthodes sont mises en œuvre à grande échelle, leur impact potentiel est considérable. Pour l'instant, leur application est limitée, mais le passage d'une approche fondée sur la couverture à une démarche axée sur l'optimisation des ressources devrait permettre aux pays et aux établissements concernés **d'atteindre de meilleurs résultats et, en fin de compte, de toucher une population plus importante avec des ressources identiques**.

La planification de la mise en œuvre doit également **s'appuyer sur des données validées et actualisées**, qui permettront de suivre et d'observer les progrès accomplis, et de mieux comprendre certaines situations. Elles aideront à recenser les points forts et les principaux points à améliorer, et à définir puis mettre en œuvre des activités d'amélioration de la qualité.

2 À qui ce guide s'adresse-t-il et quel est son but ?

Ce document est destiné aux directeurs d'établissements de santé situés dans des environnements aux ressources limitées (responsables de sites, médecins, personnels infirmiers et autres agents de santé), qui cherchent à améliorer l'efficacité des services. La marge de manœuvre laissée aux directeurs d'établissements est variable, mais ceux-ci devraient normalement disposer de la latitude nécessaire pour mettre en œuvre les méthodes présentées dans ce document.

Le guide indique des bonnes pratiques et fournit des informations pratiques pour que les sites puissent mettre en place une prise en charge différenciée. L'objectif est d'encourager un plus grand nombre d'établissements à recourir à ce type de prise en charge et d'obtenir des résultats semblables voire meilleurs avec des ressources identiques voire moindres, sans changements d'orientation ni ressources supplémentaires.

Les responsables de sites peuvent utiliser ce guide pour découvrir les méthodes et les pratiques qui permettent d'améliorer l'efficacité des services de santé. Chacun des trois modules sur la prise en charge différenciée est conçu de manière à pouvoir être utilisé indépendamment des autres modules. Il est

cependant important de lire attentivement les trois modules pour avoir une vision complète des différents modes de prise en charge, avant de choisir ceux qui paraissent adaptés à un contexte particulier.

Les responsables de programmes, et notamment des programmes nationaux de santé, peuvent consulter ce guide pour y trouver des informations sur les différentes possibilités existantes – et observées dans différents contextes – pour développer une prise en charge différenciée. Ils pourront soutenir et encourager le recours à des pratiques pertinentes au travers de lignes directrices et de politiques nationales, et renvoyer les responsables de sites à ce guide pour plus d'informations sur la manière de mettre en œuvre les pratiques en question.

Nous espérons que les principes de la prise en charge différenciée exposés dans le guide seront également repris, tels quels ou avec des adaptations, pour d'autres maladies ou dans d'autres contextes, par exemple pour d'autres infections de longue durée ou des maladies chroniques non transmissibles.

3 Comment ce guide a-t-il été élaboré ?

Le guide s'appuie sur : l'observation des pratiques de gestion et d'organisation de 45 établissements performants^{iv} situés au Kenya, en Ouganda et au Sénégal ; plus de 50 entretiens avec des experts internationaux ; l'analyse de plus de 200 études de cas et de la documentation existante sur le sujet. Les deux principaux critères de classement appliqués aux méthodes décrites dans ce guide sont les suivants :

- Les méthodes qui ont, dans la plupart des cas, été mises en œuvre et observées dans un certain nombre de pays. Celles-ci peuvent généralement être reproduites sans que cela ne nécessite un changement d'orientation ; la décision de les adopter et la planification de leur mise en œuvre dépendent essentiellement de l'établissement ;
- Les méthodes susceptibles d'induire une réorganisation des services ou une réaffectation des ressources, mais qui ne demandent aucun investissement supplémentaire, mis à part un investissement de départ pour la mise en place et la formation.

Le guide est présenté comme un outil en cours d'élaboration. Actuellement (en 2015), les lacunes dans la documentation sont nombreuses, même si de nouveaux documents sont ajoutés en permanence. Cette première édition du guide décrit des exemples de prise en charge différenciée du VIH (principalement) et de la tuberculose observés en Afrique subsaharienne. Il est prévu que d'autres documents portant sur la mise en œuvre à plus grande échelle d'une prise en charge différenciée de la tuberculose (multirésistante en particulier), du paludisme et du VIH, soient intégrés au guide lors de futures révisions.

4 Que trouve-t-on dans ce guide ?

Le guide commence avec un chapitre sur la **transformation des données en informations**. Ce chapitre insiste sur l'importance de baser une prise en charge différenciée sur la collecte et l'analyse de données précises, de manière à pouvoir planifier et modifier les modes de prise en charge retenus.

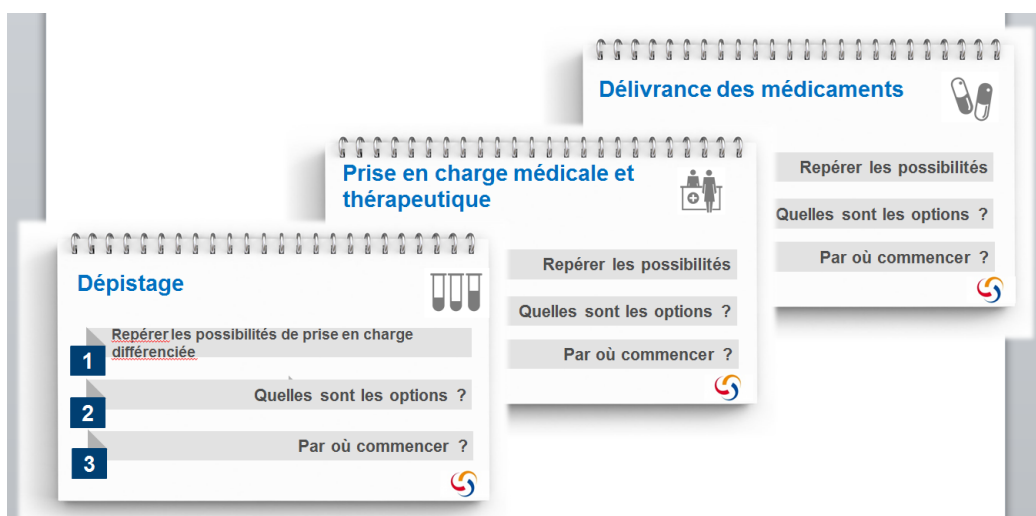
Le guide se poursuit avec trois modules interdépendants portant sur le **dépistage**, la **prise en charge médicale et thérapeutique**, et la **délivrance des médicaments**.

Chaque module contient de brèves directives opérationnelles destinées à aider les responsables de sites à :

- **Déterminer** si la démarche est adaptée au contexte et aux problèmes de l'établissement (voir : *Repérer les possibilités de mise en place d'une prise en charge différenciée*) ;
- **Comprendre** les options et les exemples de cette démarche – implications et contenu (voir : *Quelles sont les options ?*) ;
- **Définir** comment adapter les pratiques (voir : *Par où commencer ?*).

^{iv} Les sites performants ont été recensés par les instances de coordination nationale, les récipiendaires principaux, les agents locaux du Fonds et des collègues du Département d'appui à la gestion des subventions au Fonds mondial. L'efficacité de ces établissements a été déterminée en comparant leurs résultats en matière de santé avec les moyennes nationales.

Trois modules complémentaires



Après les modules, le guide propose une sélection d'outils et de ressources complémentaires pour mettre au point une prise en charge différenciée. Un glossaire et une bibliographie figurent à la fin du document.

II. Transformer les données en informations pour mettre en place une prise en charge différenciée

Aperçu du chapitre

Objet

Souligner l'importance des données comme ressources permettant d'analyser et de planifier des modes de prise en charge différenciés

Principaux points abordés

- Les établissements ont avantage à utiliser leurs données courantes, ainsi que des données provenant d'autres sources, pour prendre des décisions, adapter les méthodes de travail et améliorer la qualité des soins.
- La collecte et l'utilisation des données devraient être intégrées le plus tôt possible dans le processus de planification.

Les plans visant à mettre en place une prise en charge différenciée doivent être étayés par des données probantes. La meilleure façon de procéder consiste à utiliser des données recueillies dans les établissements. La collecte et l'analyse régulières et rigoureuses des données aident à :

- i. Comprendre une situation particulière à un certain niveau (service, infranational, programme, etc.) ;
- ii. Recenser les points forts sur lesquels s'appuyer et les domaines nécessitant des améliorations ;
- iii. Définir et mettre en œuvre des activités concrètes d'amélioration de la qualité.

Au niveau des services, les données peuvent être produites à partir du suivi régulier des patients et du signalement des cas, avec des informations supplémentaires provenant, par exemple, d'évaluations de la surveillance et des établissements de santé (notamment de la qualité des services et des registres d'état civil lorsque ceux-ci sont disponibles). Ces données permettent aux prestataires de soins :

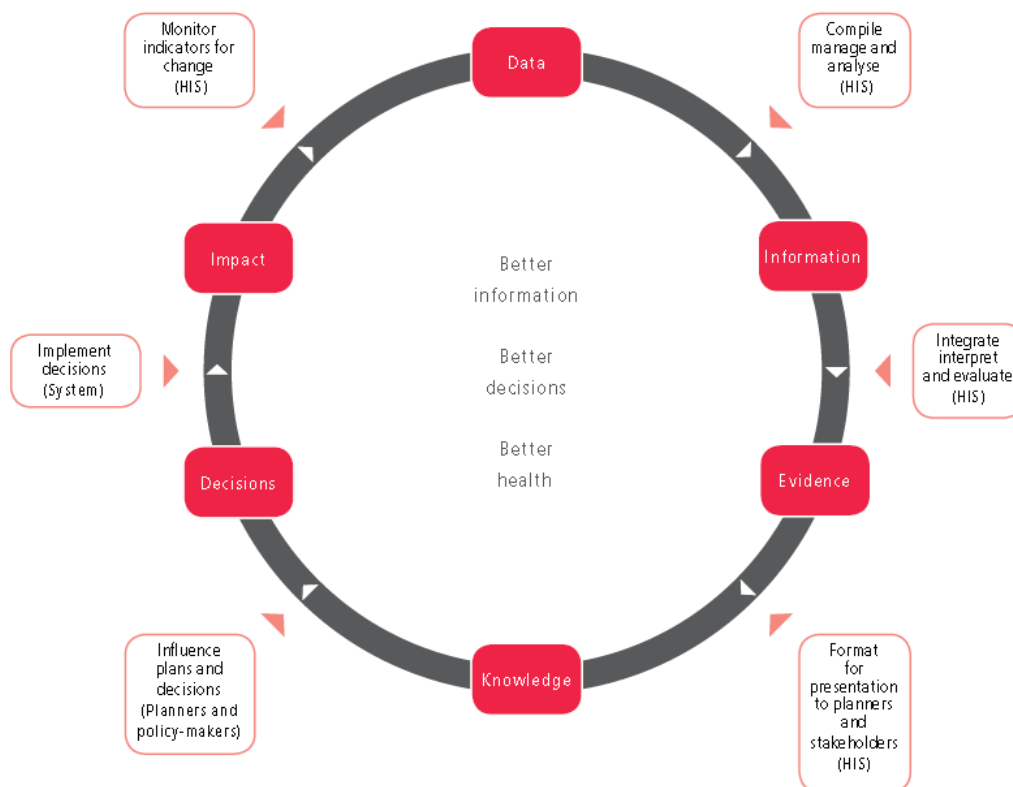
- D'assurer une gestion régulière et rigoureuse des patients (avec une attention particulière portée à la qualité) ;
- De surveiller les abandons de traitement et les résistances aux médicaments ;
- De responsabiliser par rapport aux initiatives d'amélioration de la qualité ;
- D'améliorer la gestion des établissements en recensant les points forts et les domaines nécessitant des améliorations.

Évaluation par le Fonds mondial de la qualité des programmes et des données⁷ :

Dans le cadre de sa stratégie pour la qualité des programmes, le Fonds mondial renforce son appui aux évaluations de la qualité des programmes et des données, sur la base d'une approche différenciée et personnalisée, en insistant sur une collaboration avec les responsables des processus nationaux et l'utilisation d'outils reconnus mondialement. Le Fonds mondial finance : 1) la réalisation d'évaluations régulières des établissements de santé à l'aide d'outils issus du processus multipartite mis en place par l'OMS en vue d'harmoniser ces évaluations ; 2) des examens de la qualité des données à l'aide des outils élaborés par l'OMS ; 3) un ensemble d'activités ciblées d'évaluation des programmes et/ou de la qualité, comme par exemple des vérifications ponctuelles spécifiques des programmes. La stratégie d'évaluation de la qualité des programmes et des données vise non seulement à répondre aux besoins du Fonds mondial en matière de gestion des risques et de communication de l'information en interne, mais aussi à garantir la qualité des programmes afin d'en optimiser l'impact.

Au niveau des programmes, l'information stratégique constitue le socle de données probantes, qui servira à mettre au point des actions contre chaque maladie : comptes rendus des indicateurs courants ; données de surveillance sentinelle ; examens des programmes ; évaluations ; recherche opérationnelle/sur la mise en œuvre et modélisation. Ces données n'ont d'importance stratégique que si elles sont analysées, synthétisées et transformées en information accessible et compréhensible pour les gestionnaires, les planificateurs et les autres parties concernées (figure 1)⁸.

Figure 1 : Transformer les données en informations et en éléments probants pour les décideurs



Source: Health Metrics Network. Framework and standards for country health information system. Geneva: WHO; 2008system. Geneva: WHO; 2008

Surveiller les indicateurs de changement (SIS)		Données		Rassembler, gérer et analyser (SIS)
	Impact	Meilleures informations	Informations	
Mettre en œuvre les décisions (système)		Meilleures décisions		Intégrer, interpréter et évaluer (SIS)
	Décisions	Meilleure santé	Éléments probants	
Influer sur plans et les décisions (planificateurs et décideurs)		Savoir		Mettre en forme pour présenter aux planificateurs et aux parties prenantes (SIS)

Les résultats d'études de cas portant sur cinq pays⁹ ont révélé que la plupart des établissements n'utilisent pas les données qu'ils recueillent pour améliorer la qualité de leurs services. Des lacunes existent également en ce qui concerne le retour d'information de l'échelon régional vers les établissements sur les données que ceux-ci ont communiquées. Cela met en évidence la nécessité d'inclure la collecte et l'utilisation des données le plus tôt possible dans les processus de planification concernés.

Cependant, d'autres pays se sont engagés dans des stratégies novatrices d'utilisation des données. L'exemple donné ci-dessous montre comment procède la TASO en Ouganda pour collecter, analyser et utiliser les données, une méthode qui comporte des réunions de suivi fréquentes, des évaluations régulières des résultats ainsi que la planification de la mise en œuvre d'actions. Cette approche est fortement recommandée comme un exemple de bonne pratique, qui pourra être reproduit ou adapté dans d'autres pays et d'autres contextes.

Exemple 1 : Analyse et utilisation des données – TASO, Ouganda^v

Contexte : les sites de Masaka et de Jinja proposent un ensemble de services en rapport avec le VIH dans des centres urbains situés à proximité d'hôpitaux de district couvrant une circonscription étendue. Les deux centres connaissent une forte demande pour tous les services liés au VIH, y compris en ce qui concerne les traitements antirétroviraux.

Mesures mises en œuvre : dans les centres de Masaka et Jinja, l'organisation a mis en place un processus systématique d'analyse de certains indicateurs axés sur les patients et d'examen des résultats.



1. *Analyse des indicateurs.* Chaque indicateur est analysé sous trois angles par l'équipe chargée d'améliorer la qualité :

- Comparaison avec une valeur cible fixée par le directeur de l'établissement ;
- Comparaison avec d'autres sites ;
- Évolution de l'indicateur au fil du temps.

Les indicateurs qui présentent de mauvais résultats sont alors définis par l'équipe comme des points à améliorer et des plans d'action sont élaborés, qui seront discutés avec le personnel de l'établissement lors de l'examen des résultats.

2. *Examen des résultats.* Les réunions trimestrielles se déroulent en trois étapes :

- i. Examen général pour résumer les progrès accomplis et les principaux points à améliorer
- ii. Débat sur chacun des points à améliorer. L'équipe responsable de la qualité dresse une liste des actions possibles sur la base des discussions organisées avec le personnel et la direction de l'établissement. La décision des actions qui seront mises en œuvre revient au directeur de l'établissement.
- iii. Évaluation de l'impact des plans d'action lancés à l'issue des précédentes réunions. Cela nécessite parfois de suivre et d'analyser temporairement des indicateurs particuliers en rapport avec des plans d'action spécifiques.

3. *Mise en œuvre des plans d'action.* L'équipe chargée d'améliorer la qualité assure le suivi de la mise en œuvre des plans d'action convenus et définis comme suit :

- **Objectif :** l'objectif spécifique du plan, par exemple, faire en sorte que le temps d'attente passe de 4 à 3 heures dans les six mois.
- **Description** des activités : mesures précises à prendre pour atteindre l'objectif.
- **Rôles et responsabilités :** une personne responsable de chaque action doit être identifiée et intégrée au projet.
- **Processus de suivi :** évaluation quantitative, réactions du personnel et/ou des patients, suivi d'indicateurs particuliers et détermination de la fréquence des bilans.

Messages-clés :

Les multiples avantages de cette approche ont été observés dans les deux centres gérés par la TASO :

- **Aide à la prise de décisions et de mesures :** les responsables des établissements insistent sur le fait que l'analyse des indicateurs les aide à prendre des décisions au niveau de l'établissement.
- **Changements dans la manière de travailler :** on constate une plus grande implication du personnel dans la mise en œuvre des mesures et l'amélioration des services lorsque les décisions sont étayées par des données et lorsque le personnel peut lui-même observer l'impact des changements sur la durée.
- **Facilité de mise en place :** les deux établissements ont mis en place le nouveau processus en utilisant des ressources existantes, avec l'aide des équipes chargées du suivi-évaluation et de l'amélioration de la qualité. La TASO menait déjà des entretiens avec les patients à leur sortie et rassemblait les données sur les patients à des fins d'analyse.
- **Une mise en œuvre dans d'autres établissements pourra nécessiter des adaptations et/ou la participation de spécialistes du suivi-évaluation et de l'amélioration de la qualité,** dans la mesure où les sites de Masaka et de Jinja disposent de ressources supérieures à celles de la plupart des autres centres.

^v Visites sur le terrain effectuées en 2014-2015 par le Fonds mondial et suite donnée

III. Module 1 : Dépistage différencié

Sommaire du module

1	Introduction	10
2	Repérer les possibilités de dépistage différencié	11
3	Quelles sont les options ?	13
3.1	Dépistage ciblé hors établissement	13
3.2	Dépistage intégré hors établissement	17
3.3	Dépistage intégré en établissement à l'initiative du soignant	19
4	Par où commencer ?	21
4.1	Définir le plan	21
4.2	Ciblage de groupes de population spécifiques	21
4.3	Les nourrissons et les enfants : des populations prioritaires	23
4.4	Évaluation des besoins en ressources supplémentaires	24
4.5	Mettre en place des procédures de dépistage optimales	24
4.6	Suivre la mise en œuvre	24

Aperçu du module 1

Objet

Trouver des moyens pour que les sites améliorent l'efficacité des stratégies de dépistage, afin d'accroître le nombre de cas confirmés détectés au sein et à l'extérieur des établissements

Principaux points abordés

Un dépistage différencié peut améliorer le rapport coût-efficacité des procédures en place :

- En concentrant l'attention des services sur les personnes qui en ont besoin d'après les données disponibles ;
- En adaptant la prestation de services aux besoins et aux préférences des groupes de patients et aux contraintes des prestataires ;
- En proposant des options de services et en s'assurant que des liens existent entre services de traitement et de prévention.

1 Introduction

Les activités de prévention, y compris le dépistage et le conseil, absorbent environ 19 pour cent¹⁰ du total des dépenses nationales et internationales consacrées au VIH ; pour ce qui est de la tuberculose, les sommes consacrées aux diagnostics représentent près de 14 pour cent¹¹ du total des dépenses nationales et internationales allouées à la maladie. Il serait possible d'optimiser l'impact de ces investissements si des mesures étaient prises pour augmenter le nombre de cas positifs détectés dans le cadre du dépistage du VIH et de la tuberculose, ce qui contribuerait à la réalisation des objectifs ambitieux fixés dans ces deux domaines, à savoir :

- 90 pour cent des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, 90 pour cent des personnes connaissant leur statut sont sous traitement antirétroviral et 90 pour cent des personnes sous traitement ont une charge virale indétectable d'ici 2020 (en 2015, seule une personne sur deux environ vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne connaissait son statut sérologique¹²) ;
- Faire baisser de 90 pour cent le nombre de nouveaux cas de tuberculose entre 2015 et 2035¹³, détecter au moins 90 pour cent des cas dans la population et traiter au moins 90 pour cent des personnes les plus vulnérables, mal desservies ou à risque d'ici 2025¹⁴ (en 2015, on estimait à 3 millions le nombre de cas de tuberculose non diagnostiqués chaque année¹⁵).

L'objectif de ce module est d'aider les responsables d'établissements à trouver des moyens pour améliorer le rapport coût-efficacité des modes de dépistage en place dans les limites autorisées, en jouant sur les modèles de prestation et les cibles. Les responsables de programmes trouveront également ce module intéressant, par exemple, pour éclairer les discussions sur la manière de hiérarchiser les secteurs ou les segments de population dans le cadre d'un dépistage hors établissement.

L'optimisation de l'usage des ressources au niveau des sites doit avoir pour but d'accroître le nombre de cas positifs détectés et/ou de diminuer le coût du dépistage, et dépendra de plusieurs facteurs propres aux sites. Les lignes directrices de l'OMS sur la manière d'améliorer la planification de programmes stratégiques concernant les services de dépistage du VIH apportent une aide précieuse en éclairant les prises de décisions dans ce domaine¹⁶.

Il est important d'avoir conscience des coûts potentiellement plus élevés engendrés par des services de dépistage destinés à certaines populations mal desservies (par exemple les personnes déplacées) et susceptibles de rencontrer plus de difficultés pour accéder à ces services. Les coûts varieront également en fonction des outils de diagnostic disponibles dans un contexte donné pour dépister le VIH ou la tuberculose.

Le mode opératoire retenu pour un dépistage différencié est fonction des préférences des groupes cibles, du coût des prestations de services et de l'efficacité attendue du dépistage.

Le ciblage de lieux, de populations et d'interventions à fort impact étant toujours d'actualité¹⁷, l'OMS recommande aux pays d'envisager une **combinaison stratégique de services de dépistage du VIH**¹⁸, afin de faciliter l'établissement d'un diagnostic précoce chez le plus grand nombre possible de personnes, avec comme objectif une optimisation du nombre d'actes, de l'efficacité et du rapport coût-efficacité ainsi qu'une plus grande équité. Cette combinaison nécessite :

- *L'intégration* des services de dépistage du VIH avec d'autres services de santé ;
- La *décentralisation* du dépistage du VIH vers des centres de soins primaires et en dehors du système de santé ;
- Une *délégation des tâches*.

Le présent guide fournit des exemples de :

- *Dépistage ciblé hors établissement* : campagnes de dépistage destinées à des populations particulières et visant à détecter le plus grand nombre possible de cas positifs ;

- *Dépistage intégré hors établissement* : dépistage proposé avec d'autres services dans le cadre d'activités de proximité (par exemple campagnes de vaccination) afin de faire baisser le coût unitaire des services ;
- *Dépistage intégré à l'initiative du soignant* : dépistage proposé avec d'autres services dans les établissements (par exemple dépistage du VIH dans des dispensaires spécialisés dans la tuberculose ou les soins prénatals et infantiles, ou dépistage de la tuberculose dans des dispensaires spécialisés dans le VIH).

2 Repérer les possibilités de dépistage différencié

Les établissements utilisent différentes procédures de dépistage, que l'on peut généralement classer dans les deux catégories suivantes :

- *Sur place* : les services sont proposés dans les établissements de santé – dispensaires de soins primaires, services hospitaliers, centres de consultation externe, notamment les centres spécialisés dans la tuberculose et le VIH ;
- *Hors établissement* : dépistage proposé au sein de la population – foyer d'un cas de référence, porte-à-porte, écoles, lieux de travail et autres lieux de vie.

Les responsables d'établissements pourront se poser les questions suivantes pour déterminer les adaptations possibles d'un mode de dépistage différencié au contexte qui est le leur :

Quels sont l'efficacité et le coût des différentes options ?

- *Comment améliorer le dépistage et le rapport coût-efficacité des différentes options ?*
- *Comment améliorer la combinaison de dispositifs de dépistage ?*

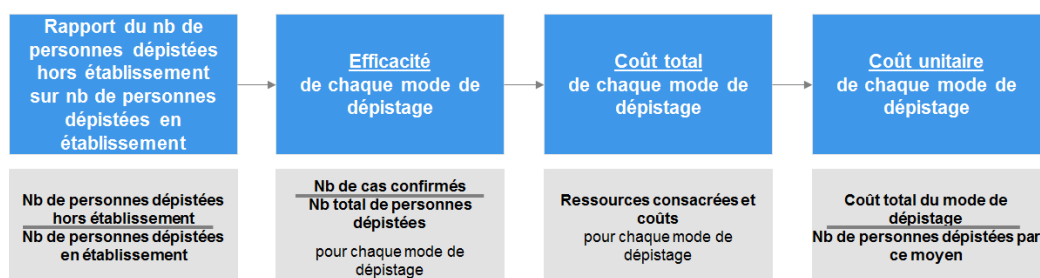
Chaque option doit prévoir un dispositif d'orientation des patients vers d'autres services, notamment les services de soins et de traitement¹⁹.

Quels sont l'efficacité et le coût des différentes options ?

Une comparaison entre les nombres de cas positifs détectés hors de l'établissement et dans l'établissement, ainsi que des données sur les ressources nécessaires et les coûts pour chaque option permettent, comme le montre la figure 2, de calculer :

- L'efficacité du dépistage (c'est-à-dire le rapport du nombre de cas confirmés sur le nombre total de tests effectués) ;
- Le coût de chaque option, par personne et au total.

Figure 2 : Calcul de l'efficacité et du coût d'une méthode de dépistage



Exemple 2 : Élaboration d'une stratégie de dépistage par le CDC au Mozambique²⁰

Contexte : le CDC aide le ministère de la Santé du Mozambique à proposer des services en rapport avec le VIH et à renforcer les capacités du système national de santé. Il apporte une aide médicale aux sept provinces qui regroupent 75 pour cent de la population du pays vivant avec le VIH. On estime que 11,5 pour cent de la population adulte (entre 15 et 49 ans) du pays vit avec le VIH. En 2011, 17 pour cent des femmes adultes et 9 pour cent des hommes adultes ont bénéficié d'un test de dépistage du VIH.

Mesures mises en œuvre : en 2011, le CDC a mené une évaluation de ses méthodes de conseil et de dépistage du VIH, en tenant compte des coûts, de l'efficacité du dépistage et de la concordance avec les priorités programmatiques comme la prévention de la transmission mère-enfant ou la circoncision masculine médicale et volontaire. Les activités de dépistage s'étaient concentrées sur un nombre brut de personnes testées, sans tenir compte des caractéristiques et des contraintes des différents groupes de population, ni des coûts ou de la capacité des services de santé à assurer le lien vers une prise en charge. Le CDC a modifié sa stratégie de dépistage afin de pouvoir détecter plus de cas positifs sans ressources supplémentaires, tout en veillant à ce que toutes les personnes testées positives démarrent un traitement antirétroviral. Les populations-clés et les zones à forte prévalence ont été particulièrement ciblées. Des conseillers communautaires formés proposent désormais des services de conseil et de dépistage du VIH dans la communauté et orientent les personnes séropositives vers des unités de santé. Ils proposent également un dépistage de la tuberculose et sensibilisent la population à l'hypertension, au paludisme et aux maladies diarrhéiques²¹.

Résultats : en 2012, un examen de la mise en œuvre de la stratégie modifiée a montré que l'efficacité du dépistage avait progressé de 27 pour cent, tandis que le nombre total de tests effectués avait baissé de 6 pour cent. À la même date, la part des activités de proximité dans l'ensemble des activités de dépistage était passée de 59 à 32 pour cent.

Messages-clés :

- En ciblant des populations à risque ou des zones à forte prévalence, le changement d'orientation opéré a permis de réduire les interventions en dehors des établissements, tout en augmentant l'efficacité de ces interventions.
- Un partenariat fructueux avec des organisations non gouvernementales a permis de toucher une population plus importante – grâce au dépistage et à l'orientation des patients au niveau communautaire –, d'augmenter les effectifs du personnel de santé et d'améliorer l'accès des communautés rurales au dépistage.

Comment améliorer le dépistage et le rapport coût-efficacité des différentes options ?

Trois approches peuvent contribuer à optimiser l'efficacité des modes de dépistage :

- *L'intégration* : le dépistage est proposé avec d'autres services de soins (par exemple soins de santé primaire, soins prénatals, vaccination), ce qui permet de faire baisser le coût unitaire des tests ; cette solution est généralement plus intéressante dans un environnement à forte charge de morbidité ;
- *Le ciblage de certains groupes de population* : il permet d'accroître le nombre de cas positifs détectés pour un nombre de personnes donné, en concentrant les activités de dépistage sur des groupes à forte prévalence du VIH ou de la tuberculose, ou sur des groupes vulnérables pour lesquels la prévalence est inconnue ;
- *Le ciblage géographique des personnes les plus exposées au risque* : recenser les lieux situés dans la circonscription de l'établissement, où les populations sont mal desservies ou dans lesquels le risque d'une épidémie localisée spécifique est élevé (ce qu'on appelle des « foyers de propagation »), par exemple : mines et usines avec des niveaux élevés de pollution de l'air

(risque de tuberculose) ; campements de pêcheurs ; relais routiers ; zones de pauvreté ou de surpeuplement, où les besoins de prévention et de traitement du VIH et/ou de la tuberculose sont le plus pressants²².

Comment améliorer la combinaison de dispositifs de dépistage ?

La sensibilisation d'un établissement à l'efficacité et au coût de sa procédure de dépistage permettra à celui-ci de déterminer le meilleur équilibre entre activités de dépistage au sein et à l'extérieur de l'établissement. Celui-ci devra peut-être diminuer les ressources consacrées à des méthodes peu efficaces ou onéreuses, pour les réorienter vers d'autres méthodes plus efficaces et/ou moins coûteuses.



3 Quelles sont les options ?

3.1 Dépistage ciblé hors établissement

Le dépistage ciblé hors établissement peut prendre des formes diverses. Dans la plupart des cas, leur but est d'amener les services proposés par l'établissement au plus près des patients potentiels. Le dépistage ciblé à l'extérieur des établissements a pour but d'atteindre des groupes particuliers mal desservis ou de donner la priorité à des zones géographiques ou des milieux cliniques spécifiques, en fonction de l'épidémiologie et du niveau de couverture du dépistage.

Les priorités doivent être établies sur la base de données pertinentes sur les lieux concernés, de discussions avec les communautés et les prestataires de soins, et de processus d'analyse et de planification des besoins, afin de déterminer quels groupes cibler et comment.

Pour approfondir le sujet

- Lignes directrices de l'OMS sur les services de dépistage du VIH
- Recommandations de l'OMS concernant la recherche des personnes en contact avec des patients tuberculeux contagieux dans les pays à revenu faible ou intermédiaire

Les populations auxquelles profite généralement un dépistage ciblé hors établissement sont les suivantes :

- Les *populations-clés* particulièrement touchées en raison d'une plus grande vulnérabilité (selon les données épidémiologiques locales) telles que les chauffeurs routiers, les professionnels du sexe ou les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes. Pour surmonter les obstacles qui empêchent ces populations d'accéder au dépistage, il pourra être utile de leur proposer ce service sur leurs lieux de travail ou dans des lieux de rassemblement, à des heures qui leur conviendront davantage et qui permettront de garantir une certaine confidentialité (par exemple dispensaires de nuit)^{vi} ;
- Les *membres du foyer de personnes touchées par la tuberculose ou le VIH* : le fait de proposer un test de dépistage aux membres du foyer^{vii} peut aider ces personnes à surmonter les obstacles rencontrés par des personnes à risque qui ne se rendront pas nécessairement dans un établissement ;

^{vi} Les dispensaires de nuit sont ouverts de 18h00 à 3h00 ou 4h00 dans des environnements à haut risque – plateformes de transit, lieux de rassemblement de la communauté LGBT, par exemple – et ciblent les chauffeurs routiers, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les professionnels du sexe, etc. qui ne souhaitent pas effectuer un test de dépistage dans la journée en raison de la stigmatisation associée à leur travail ou à leur mode de vie.

^{vii} Le dépistage des proches d'un cas de référence est une approche ciblée dans laquelle les membres du ménage et de la famille (y compris les enfants) d'une personne testée positive pour le VIH se voient proposer un test de dépistage.

- *Les populations vivant dans des zones particulières* : proposer des services de dépistage hors établissement dans des zones où se trouvent des personnes très exposées au risque d'infection par le VIH ou la tuberculose, par exemple les plateformes de transports, les postes-frontières, certains lieux où résident ou travaillent des personnes plus exposées au risque d'infection (par exemple les sites miniers) ;
- *Les personnes dont l'accès aux services de traitement est limité*, qui pourront décider de ne renoncer à un test de dépistage si aucun traitement ne leur est proposé par la suite ou si la confidentialité n'est pas assurée (par exemple les adolescents ou les minorités stigmatisées).

Il existe divers modèles de services hors établissement plus ou moins coûteux, par exemple :

- Activités temporaires, location d'un espace pour proposer les services ;
- Services mobiles assurés dans des camions ou des fourgonnettes ;
- Porte-à-porte ;
- Services proposés dans des infrastructures collectives ou des centres d'accueil.



Les coûts doivent être évalués au moment de l'élaboration de la stratégie afin de s'assurer du bon rapport coût/efficacité de la démarche. L'OMS fournit une évaluation du coût par personne testée pour différentes sortes d'activités de dépistage ciblé du VIH hors établissement dans les pays à revenu intermédiaire des tranches inférieure et supérieure²³.

Exemple 3 : Activités de proximité axées sur les populations-clés – TASO, Ouganda^{viii}

Contexte : la TASO cherchait à atteindre les populations dans lesquelles la prévalence du VIH était supérieure à la moyenne, 35 pour cent par exemple chez les professionnels du sexe^{ix}. Plus précisément, l'organisation a identifié des populations-clés autour de ses sites, dans lesquelles la prévalence était supérieure aux moyennes locales/régionales.

Mesures mises en œuvre : chaque site de l'organisation a ciblé des populations-clés différentes selon sa situation (par exemple pêcheurs et travailleurs des plantations à Entebbe, chauffeurs routiers à Jinja).

Le modèle de prestation de service a été adapté de manière à pouvoir atteindre ces populations. Par exemple, les services de conseil et de dépistage du VIH ont été assurés dans les exploitations agricoles, au plus près des travailleurs des plantations. Des « dispensaires de nuit » ont été mis en place près des points de rencontre entre professionnels du sexe et chauffeurs routiers, avec des horaires adaptés (les conseillers et les techniciens de laboratoire travaillant de 18h00 à 1h00).

La TASO a également engagé des membres de la communauté pour faciliter la communication et gagner la confiance des patients potentiels. Recrutés en tant que bénévoles, ces membres de la communauté ont été intégrés dans la planification des effectifs. Ils ont facilité le travail des sites en aidant ceux-ci à choisir des endroits appropriés (par exemple des clubs, des bars, des quartiers) et les meilleurs moments pour entrer en contact avec les personnes ciblées.

Résultats : les taux de séropositivité varient d'une population à l'autre. Sur le site de Mbarara, les taux enregistrés chez les professionnels du sexe et les chauffeurs routiers étaient respectivement de 14,5 pour cent et 6,3 pour cent. En revanche, la prévalence globale du VIH dans le district de Mbarara était de 6,1 pour cent, avec seulement 40 pour cent des personnes séropositives connaissant leur statut sérologique (Enquête sur les indicateurs du sida 2011).

Messages-clés :

- Le fait d'axer les actions de conseil et de dépistage sur les personnes les plus exposées au risque d'infection a renforcé l'efficacité de ces actions.
- Ce ciblage aide également à établir des estimations plus précises de la prévalence du VIH dans les populations-clés et les professions à haut risque.

^{viii} Visites sur le terrain effectuées en 2014-2015 par le Fonds mondial et suite donnée

^{ix} Chiffre de 2011 – <http://www.avert.org/hiv-aids-uganda.htm>

Exemple 4 : Activités axées sur les lieux de détention – TB REACH, Zambie²⁴

Contexte : le milieu carcéral est propice à la transmission de la tuberculose et du VIH (environnements fermés et surpeuplés). Aucun dépistage systématique de la tuberculose n'est effectué dans les prisons zambiennes. Il est difficile pour les détenus infectés de bénéficier d'un traitement. De plus, les détenus comme le personnel pénitentiaire sont peu sensibilisés au problème de la tuberculose.

Mesures mises en œuvre : TB REACH a ciblé six centres de détention (comptant un total de 7 700 détenus, soit 30 pour cent de la population carcérale en Zambie), dans lesquels a été mis en place un dépistage systématique de la tuberculose et du VIH. Chaque détenu subissait un test de dépistage à son arrivée, à sa sortie et une fois au cours de sa détention, dans le cadre d'une campagne massive de dépistage. Certains détenus ont été formés au dépistage afin de faciliter l'accès aux autres détenus. Agissant comme des agents de santé communautaires, ils effectuaient des examens de routine. Le personnel pénitentiaire et les membres de leurs familles ont également été testés du fait de l'exposition des gardiens à des personnes infectées.

Les expectorations collectées étaient transmises soit à des laboratoires installés dans la prison, soit à des unités mobiles. Les détenus testés positifs étaient ensuite envoyés dans une structure de traitement proche, administrée par le ministère de la Santé.

Résultats : la prévalence de la tuberculose dans les six centres pénitentiaires était de 5,4 pour cent, contre 0,3 pour cent au niveau national^x. L'action de TB REACH dans ces six centres de détention a entraîné une augmentation de 132 pour cent du nombre de cas de tuberculose signalés, toutes formes confondues. La prévalence globale du VIH était de 22,9 pour cent, mais de 37 pour cent chez les individus testés positifs pour la tuberculose. Dans les prisons et les camps de détention visés par le projet, la prévalence de la tuberculose était 18 fois supérieure à la prévalence nationale estimée en Zambie.

Messages-clés :

- Des actions ciblées permettent de détecter beaucoup plus de cas confirmés de tuberculose et de VIH en milieu carcéral. Un dépistage massif effectué à intervalles réguliers peut avoir de grands avantages lorsque les ressources manquent pour organiser un dépistage systématique.
- Des outils de diagnostic rapides et précis utilisables sur le lieu d'intervention renforceront grandement l'efficacité du dépistage – de masse ou de routine – dans les centres de détention.
- La participation de pairs éducateurs issus de la population carcérale a montré son utilité pour le dépistage, l'orientation et le suivi des patients.

^x OMS, chiffres de 2013.

3.2 Dépistage intégré hors établissement

De nombreux centres de santé proposent des services à l'extérieur, destinés aux personnes qui rencontrent des difficultés pour accéder aux établissements. Il peut s'agir, par exemple, de soins primaires assurés à domicile (prise de tension artérielle, examens médicaux de base, distribution de vermifuges) ou d'une grande campagne de vaccination. Le dépistage du VIH et/ou le dépistage de la tuberculose sont souvent associés à ces services dans les régions ou les milieux à forte charge de morbidité.

Pour approfondir le sujet

- Recueil d'études de cas de TB REACH « Améliorer la détection des cas de tuberculose »

Combinée avec d'autres initiatives hors établissement, cette approche permet de proposer un dépistage du VIH ou de la tuberculose dans des régions reculées ou d'atteindre des populations spécifiques. Du personnel infirmier ou des agents de santé communautaires effectuent les tests ou prélèvent les échantillons pour le laboratoire, où un technicien spécialisé analysera les résultats.

Le dépistage intégré hors établissement permet de tester plus de personnes pour un coût marginal. L'OMS recommande désormais que le dépistage du VIH soit réalisé par des prestataires non professionnels formés travaillant dans la communauté, dans une optique de partage des tâches visant à augmenter l'efficacité et l'efficience des services²⁵.

Les groupes de population auxquels profite généralement un dépistage hors établissement sont les suivants :

- *Les patients tuberculeux potentiellement co-infectés par le VIH* : intégration du dépistage du VIH dans les campagnes de collecte d'expectorations ;
- *Les nourrissons et les enfants* : groupe ciblé dans le cadre de campagnes de vaccination
- *Les femmes enceintes, les mères de jeunes enfants et les nourrissons* : dépistage du VIH et de la tuberculose dans le cadre d'activités sanitaires de proximité destinées aux mères et aux enfants ;
- *Les communautés rurales vivant dans des régions reculées* : dépistage du VIH et de tuberculose associé à d'autres services de soins primaires ;
- *Les consommateurs de drogues injectables* : intégration du dépistage du VIH avec des services de proximité œuvrant à la réduction des risques ; intégration du dépistage du VIH avec des activités de traitement de substitution aux opiacés pour la même population ;
- *Les hommes* : proposer le dépistage du VIH au cours de campagnes de santé communautaires, les weekends ou dans des endroits comme des marchés ou des bars, où les hommes ont plus de chances de se trouver²⁶.

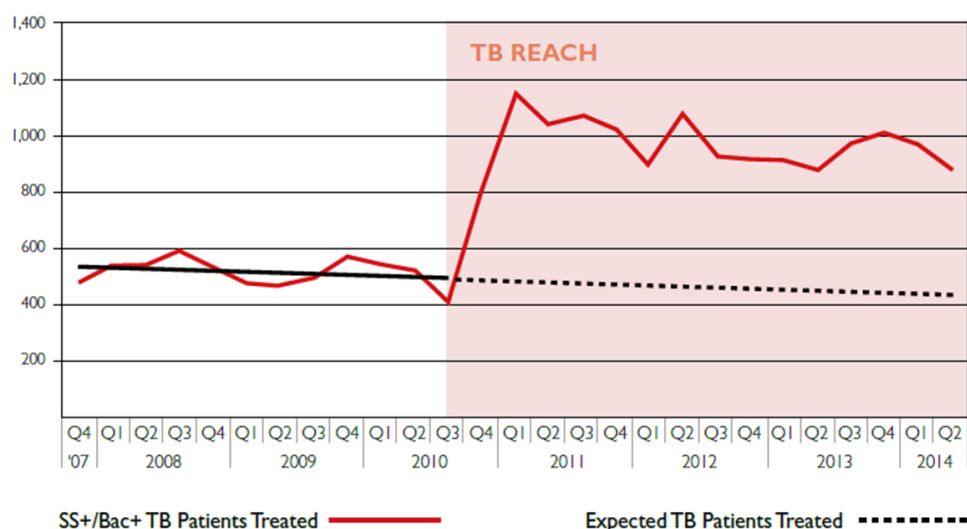
Exemple 5 : Atteindre les communautés rurales – TB REACH, Éthiopie²⁷

Contexte : la zone Sidama fait partie d'une région rurale d'Éthiopie et compte environ 7,4 millions d'habitants, dont près de 70 pour cent vivent à plus de dix kilomètres d'un établissement de santé. Les difficultés pour accéder aux services de santé associées à un manque de sensibilisation aux risques d'infection par la tuberculose entretiennent la transmission de la maladie.

Mesures mises en œuvre : TB REACH a travaillé avec des agents de vulgarisation sanitaire (AVS) qui effectuaient déjà des actions de porte-à-porte dans les villages reculés. Le projet a contribué aux salaires de ces agents qui ont été formés afin qu'ils puissent intégrer le dépistage de la tuberculose et la sensibilisation à la maladie dans leurs activités normales. Avec l'aide du projet et en coordination avec ses superviseurs, les personnes présentant des symptômes de tuberculose (par exemple toux depuis au moins deux semaines) ont été invitées à fournir un échantillon d'expectoration pour effectuer des analyses dans le laboratoire le plus proche. Les patients dont le frottis était positif ont été mis sous traitement par les superviseurs au sein de la communauté, sans surveillance d'un clinicien référent ; les superviseurs ont également organisé le dépistage des contacts familiaux des patients positifs et placé les enfants asymptomatiques sous traitement préventif à base d'isoniazide. Les AVS ont également apporté une aide sur le plan thérapeutique : visites de suivi ; prélèvement d'échantillons d'expectorations pour surveiller l'efficacité des traitements ; signalement des effets secondaires des médicaments ; compte rendu des résultats des traitements.

Résultats : le nombre de personnes dépistées et traitées pour la tuberculose a plus que doublé, augmentant de 110,8 pour cent par rapport aux tendances passées. Le fait que les agents de vulgarisation sanitaire soient des femmes a favorisé la détection de cas positifs dans la population féminine. Les principaux coûts ont été les dépenses de personnel (salaires, formation, crédit téléphonique) et le règlement des analyses aux laboratoires.

Figure 3 : Évolution du nombre de patients SS+/Bac⁺xi traités suite au lancement du projet TB REACH (en rouge) par rapport aux prévisions avec des actions ordinaires (en pointillé)



Messages-clés :

- D'autres interventions ont été nécessaires pour appuyer cette démarche : mobilisation et sensibilisation de la communauté ; système de transport des échantillons ; participation de certaines parties prenantes essentielles.
- Une évolution intéressante de cette démarche dans ce contexte pourrait être l'intégration du dépistage du VIH avec le celui de la tuberculose.

^{xi} SS+ : frottis positif ; Bac+ : examen bactériologique positif

3.3 Dépistage intégré en établissement à l'initiative du soignant

Les recommandations de l'OMS concernant le dépistage du VIH sont les suivantes :

- Dans de cas d'une épidémie généralisée, le conseil et le dépistage à l'initiative du soignant (CDIS) doivent être proposés à tous les patients dans tous les services ;
- Dans le cas d'épidémies concentrées, le CDIS doit être proposé aux patients se trouvant dans un environnement clinique et qui présentent des symptômes ou qui sont particulièrement exposés au risque d'infection (par exemple les populations-clés), y compris aux personnes chez lesquelles la tuberculose est supposée ou confirmée.

Dans un environnement non intégré, le CDIS exige souvent des patients qu'ils se déplacent d'une salle ou d'un poste de soins à un autre pour procéder au test. Par exemple, une femme enceinte se trouvant dans un centre de consultations prénatales devra se rendre dans un laboratoire ou dans un centre de dépistage, où elle devra patienter avec les autres personnes présentes.

L'intégration dans un établissement consiste à pouvoir offrir un test de dépistage à différents postes de soins. Il peut s'agir du dépistage du VIH dans un service de prise en charge de la tuberculose, ou l'inverse, dans le but de détecter des cas de co-infection. L'intégration est particulièrement indiquée pour les sites qui proposent de nombreux services de santé et qui reçoivent un grand nombre de patients (particulièrement important dans un environnement à forte prévalence).

Les groupes de population auxquels profite généralement un dépistage intégré en établissement (tel que recommandé par l'OMS pour le VIH)²⁸ sont les suivants :

- *Les patients des zones fortement touchées par le VIH et la tuberculose* : dépistage du VIH proposé dans les dispensaires spécialisés dans la tuberculose, dépistage de la tuberculose proposé dans les dispensaires spécialisés dans le VIH²⁹ ;
- *Les femmes enceintes* : dépistage proposé dans les centres de consultations prénatales. Le dépistage doit aussi être proposé aux partenaires des femmes qui viennent consulter ;
- *Les nourrissons et les enfants* : dépistage intégré dans les programmes de santé infantile ;
- *Les adolescents et les hommes adultes* : dépistage intégré avec la circoncision masculine médicale et volontaire dans les pays où l'acte est proposé ;
- *Les patients hospitalisés* : dépistage intégré avec les services aux patients hospitalisés, notamment dans les salles de nutrition.

Exemple 6 : Dépistage intégré du VIH – Centre de santé IV de Mukono, Ouganda^{xii}

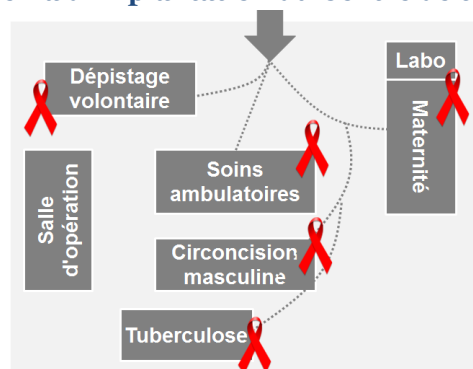
Environnement de l'établissement : le centre de santé IV de Mukono est situé dans une zone périurbaine des environs de Kampala (Ouganda). Administré par le ministère de la Santé, il emploie 110 professionnels de santé, aidés par 17 bénévoles, et reçoit environ 500 patients par jour. La prévalence du VIH dans la population adulte en Ouganda est de 7,2 pour cent.


Mesures mises en œuvre : le centre comprend différents services : VIH, tuberculose, soins prénatals et maternité. Il possède un pavillon consacré au dépistage volontaire du VIH. Réalisant que les patients d'autres services étaient susceptibles d'être séropositifs sans le savoir, la direction du site a décidé d'intégrer le dépistage dans les différents dispensaires.

Le dépistage du VIH a donc été proposé dans les dispensaires spécialisés dans la circoncision masculine médicale et volontaire, dans le traitement de la tuberculose (en se concentrant sur les patients potentiellement co-infectés par le VIH) et dans les soins prénatals, ainsi qu'à la maternité.

Le centre a formé des personnels infirmiers et des cliniciens de manière à ce qu'ils puissent effectuer les tests de dépistage du VIH et orienter les patients séropositifs vers des séances de conseils préalables au traitement. Par ailleurs, tous les postes de soins ont été équipés de kits de dépistage, d'une glacière pour conserver les échantillons d'expectorations et d'un organigramme affiché sur chaque table.

Figure 4 : Schéma d'implantation du Centre de santé IV de Mukono



 = point de dépistage

Résultats : l'intégration du dépistage du VIH à tous les postes de soins a permis au centre de tester 100 patients supplémentaires par jour et de placer les personnes séropositives sous traitement.

Messages-clés :

- Des changements relativement simples dans la manière dont le dépistage du VIH est proposé peuvent considérablement augmenter le recours à ce service, et permettent de s'assurer que les personnes séropositives sont rapidement orientées vers des services de prise en charge et de traitement.
- La disponibilité des tests de dépistage dans l'ensemble des dispensaires du centre permet également de renforcer le message de prévention.
- Les agents de santé de tous les dispensaires ont plus conscience des patients qui vivent avec le VIH et sont plus aptes à en assurer le suivi.

^{xii} Visites sur le terrain effectuées en 2014-2015 par le Fonds mondial et suite donnée

4 Par où commencer ?

4.1 Définir le plan

Les différentes approches doivent être hiérarchisées sur la base des connaissances rassemblées à partir des données existantes et de la participation des communautés et des prestataires de santé aux discussions, à l'analyse des besoins et aux processus de planification.

Les principaux éléments du plan de mise en œuvre sont les suivants :

- Désignation d'une personne chargée de diriger l'analyse, de proposer la méthode et de rendre compte des progrès accomplis ;
- Élaboration d'un plan et d'un calendrier précis de mise en œuvre et de suivi, comportant des étapes-clés ;
- Planification de la communication au personnel et aux patients.

Points à vérifier avant la mise en œuvre

Doivent être clairement définis :

- La personne responsable
- Les priorités
- Le plan de travail
- Le plan de suivi
- Le plan de communication

Les analyses à mener avant de démarrer sont les suivantes :

- Évaluation de la pertinence pour le site des différentes options en fonction des procédures de dépistage en vigueur, de l'importance des populations présentant un risque accru d'infection par le VIH et des besoins particuliers (par exemple populations-clés, nourrissons, enfants et adolescents), de l'accessibilité des services et des groupes de patients ;
- Évaluation des obstacles actuels à la prestation de services et des ressources disponibles.
- Hiérarchisation des modes de dépistage pertinents qui devraient être mis en œuvre. Il est plus prudent de mettre en œuvre les nouveaux modes de dépistage un par un, de sorte que le personnel puisse gérer plus facilement d'éventuelles perturbations et que les établissements puissent tirer des leçons de l'expérience.

Outil 1 : Exemple d'enquête sur les préférences et les besoins des patients

Outil 2 : Exemple de modèle pour mesurer le temps d'attente et la satisfaction des patients

4.2 Ciblage de groupes de population spécifiques

Activités de proximité destinées aux populations-clés et aux populations ayant des besoins particuliers :

Une prestation de services optimale doit être définie en fonction des besoins de la population et pourra comporter les éléments suivants : activités de proximité (populations-clés) ; services intégrés (populations prioritaires telles que les enfants ou les nourrissons) ; adaptation des horaires d'ouverture des dispensaires (par exemple pour les adolescents nécessitant des services de santé à leur écoute, horaires spécifiques, etc.).

Les responsables de sites devront dresser une liste des lieux prioritaires pour les initiatives hors établissement et optimiser l'efficacité des activités de proximité. Les deux facteurs suivants sont déterminants pour cette tâche :

- *L'analyse des données* : utilisation des données existantes et pertinentes pour le site concernant les personnes qui présentent un risque accru d'infection par le VIH, appartenant aux populations-clés (professionnels du sexe,

Pour approfondir le sujet

- Outils participatifs pour une participation communautaire de l'Alliance internationale contre le VIH/sida
- Lignes directrices de l'OMS sur le dépistage systématique de la tuberculose évolutive
- Lignes directrices de l'OMS sur les services de dépistage du VIH

hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et autres minorités sexuelles, consommateurs de drogues injectables) ou à d'autres populations ayant des besoins spécifiques (par exemple les adolescents).

- *La participation communautaire* : les établissements peuvent collaborer avec des membres de la communauté pour mieux comprendre les besoins de groupes particuliers et pour déterminer les meilleurs endroits (hôtels, clubs, marchés, etc.) et les meilleurs moments pour rencontrer ces groupes. Des bénévoles de la communauté pourront être intégrés au personnel prévu pour mener des activités de proximité.

Des approches diversifiées seront nécessaires pour toucher différentes populations. Cela dépendra des besoins et des préférences des populations concernées. On pourra par exemple mettre en place des visites de sensibilisation, des services intégrés et/ou un accès aux dispensaires à des heures particulières pour certains groupes.

Exemple 7 : Cartographie de la vulnérabilité au VIH – USAID/FHI 360, Sénégal³⁰

Contexte et objectif : dans le cadre de leur programme de santé mis en œuvre au Sénégal, l'USAID et FHI 360 ont imaginé une méthode pour cartographier les vulnérabilités des différents groupes de population^{xiii}. L'objectif était de rassembler des données permettant d'éclairer la planification d'activités ciblées.

Mesures mises en œuvre : quatre régions sanitaires ont été cartographiées. Les informations examinées pour l'exercice étaient des informations socioéconomiques générales (par exemple les taux de chômage) ainsi que des données épidémiologiques (par exemple la prévalence du VIH). L'exercice a permis de préciser les principaux facteurs de vulnérabilité, tels que la pauvreté, l'analphabétisme ou certains types d'activités économiques (par exemple l'exploitation minière). Des foyers de grande vulnérabilité ont été mis en évidence allant d'agglomérations ou de quartiers entiers à des bars ou des gares ferroviaires parfaitement identifiés. Les prestataires de services ont pu accéder au profil de vulnérabilité très détaillé de chaque zone.

Travail nécessaire : l'exercice de cartographie a nécessité trois mois de travail. La recherche d'informations et l'analyse approfondies des données ont été menées avec l'aide de statisticiens. Des sociologues ont coopéré avec des informateurs locaux qui leur ont donné un aperçu du tissu social local et des obstacles à la prestation de services liés au VIH. Par ailleurs, des groupes de discussion comprenant des personnes issues des communautés vulnérables ont été organisés dans le but de mieux comprendre comment améliorer la prestation des services.

Messages-clés :

- La cartographie des vulnérabilités fournit des données essentielles qui permettent de donner la priorité aux populations et aux lieux associés à une forte vulnérabilité, susceptibles de bénéficier d'activités de proximité ciblées.
- Ces données constituent également une base pour le ciblage de groupes et de communautés spécifiques, dans lesquels seront recrutés des bénévoles pour aider à sensibiliser les communautés et à mettre en œuvre des interventions en rapport avec le système de santé.

^{xiii} Les vulnérabilités sont définies par l'ONUSIDA comme un « phénomène englobant l'inégalité des chances, l'exclusion sociale, le chômage ou la précarité et les autres facteurs sociaux, culturels, politiques et économiques qui rendent une personne plus susceptible d'être infectée par le VIH et de développer le sida ». *Guide de terminologie de l'ONUSIDA, 2011.*

4.3 Les nourrissons et les enfants : des populations prioritaires

Tous les nourrissons nés de mères ayant bénéficié de services de PTME devraient être suivis et faire systématiquement l'objet d'un diagnostic précoce chez le nourrisson (DPN). Les nourrissons atteints par le VIH devraient démarrer un traitement antirétroviral. Il arrive cependant que des nourrissons échappent au suivi ou que certaines mères séropositives n'aient pas bénéficié de services de PTME.

Il est important de donner la priorité à la recherche d'autres cas pédiatriques. Selon la situation épidémiologique, cela peut se faire par un dépistage intégré du VIH. Dans les environnements à forte charge de morbidité, le dépistage du VIH devrait être systématiquement disponible dans toute une série de services fréquentés par les mères et leurs enfants. L'intensification du DPN peut être en outre facilitée en déléguant des tâches à des prestataires de santé non professionnels.

Dans les environnements à faible prévalence, les nourrissons exposés au VIH et qui n'ont pas été testés dans le cadre des services de PTME devraient subir un test de dépistage dans les centres de vaccination et les cliniques pédiatriques. Le dépistage du VIH chez les enfants et les autres membres de la famille de personnes dont on sait qu'elles vivent avec le VIH devrait être une priorité dans tous les contextes³¹.

Exemple 8 : Dépistage pédiatrique intégré du VIH – The Lighthouse (le Phare), Malawi³²

Contexte : l'Hôpital central Kamuzu de Lilongwe est le principal prestataire de services en rapport avec le VIH pour les adultes et les enfants dans la région centrale du Malawi. La consultation du Phare, qui fait partie de l'hôpital, propose des services de conseil et le dépistage volontaires (CDV) pour les adultes et les enfants. En juin 2004, le Phare a été la première consultation du secteur public à offrir gratuitement des traitements antirétroviraux, mais peu d'enfants avaient accès à ces services.

Mesures mises en œuvre : au 4^e trimestre de l'année 2004, le CDIS et les TAR ont été introduits dans le service de pédiatrie de l'hôpital. Des conseillers ont animé des séances quotidiennes de sensibilisation sur des sujets liés au VIH – soulignant l'importance du CDV – destinées aux aidants non professionnels soignant des enfants admis dans les trois services et à la clinique pédiatrique. Durant les visites des médecins et des infirmiers, si ceux-ci estimaient qu'un enfant devait se faire dépister, l'aidant était dirigé vers la salle de CDV. Les aidants et les enfants d'un certain âge recevaient alors toute une série de conseils avant le test, sur la base d'un questionnaire. Le soignant pouvait ensuite choisir de faire tester l'enfant dont il avait la charge.

Résultats : plus de 95 pour cent des aidants ont accepté de faire tester les enfants. Entre les deux périodes de référence (T1 2003–T3 2004 et T4 2004–T4 2006), la proportion trimestrielle médiane d'enfants testés est passée de 3,8 à 9,6 pour cent et la proportion d'enfants placés sous TAR est passée de 6,9 à 21,1 pour cent. La proportion d'enfants enregistrés démarrant un traitement antirétroviral chaque trimestre est passée de 26 à 53 pour cent.

Messages-clés :

- Le recours aux services de conseil avant le test, de dépistage volontaire et de traitement pour les enfants a considérablement augmenté grâce à leur intégration dans les services pédiatriques.
- Cette approche offre de grandes possibilités pour optimiser le diagnostic précoce du VIH chez les nourrissons et la mise en œuvre des traitements antirétroviraux pédiatriques.
- Des approches similaires pourraient être utilisées pour le dépistage de la tuberculose chez les nourrissons et les enfants.

4.4 Évaluation des besoins en ressources supplémentaires

Avant toute chose, les établissements doivent évaluer les coûts et les ressources nécessaires^{xiv}. Un investissement initial pourra s'avérer nécessaire^{xv} pour former du personnel supplémentaire au dépistage et au conseil, et éventuellement pour acquérir certains équipements de base (par exemple des glacières pour les tests de diagnostic ou les échantillons d'expectorations). Il est possible que vous deviez également moderniser les outils de collecte et d'enregistrement des données (registres, ordinateurs, etc.).

4.5 Mettre en place des procédures de dépistage optimales

Les sites peuvent commencer à définir les modes opératoires à privilégier à l'aide d'une liste répertoriant toutes les procédures de dépistage utilisées en une année (à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement). Pour chaque procédure, l'efficacité du dépistage et le rapport coût-efficacité du mode opératoire pourront ensuite être calculés à l'aide de la méthode décrite au début de ce module (cf. *Figure 2*). Les sites peuvent aussi calculer une estimation du coût de chaque mode de dépistage, en incluant les ressources humaines, les fournitures et le matériel nécessaires pour les tests, et d'autres dépenses telles que les frais de déplacement.

Les établissements seront alors en mesure de comparer les différentes approches, en tenant compte, d'une part, des données recueillies concernant les besoins et les préférences des patients, et d'autre part, des informations sur les lieux et les populations dans lesquels les besoins sont les plus importants. Cela leur permettra de prendre une décision concernant les meilleures procédures à mettre en œuvre en connaissance de cause.

4.6 Suivre la mise en œuvre

Les sites pourront recourir à des indicateurs de productivité tels que les suivants pour contrôler l'efficacité de la mise en œuvre :

- Nombre de patients testés par agent de santé ;
- Indicateurs axés sur des résultats spécifiques en matière de santé et sur la satisfaction des patients.

Dans les deux cas, les sites devront recueillir des données sur les valeurs de référence (avant la mise en œuvre de procédures de dépistage différenciées), afin de pouvoir comparer ces valeurs avec les valeurs observées une fois les procédures mises en œuvre pendant une durée déterminée. La différence entre les deux séries de valeurs aidera à évaluer les effets d'une prise en charge différenciée.

Il est important d'utiliser les indicateurs existants, d'éviter autant que possible d'en ajouter de nouveaux, et de tirer pleinement parti des données déjà collectées par les sites et transmises au niveau national. Des indicateurs supplémentaires pourront s'avérer utiles pour suivre les progrès réalisés au niveau d'un site. Trois sortes d'indicateurs seront nécessaires pour contrôler l'efficacité du dépistage :

- *Le rapport coût-efficacité :*
 - *Coût unitaire par personne testée :* coût total de la procédure de dépistage sur nombre total de patients testés ;
 - *Part du coût des tests dans les dépenses totales du site* (à comparer avec les directives figurant dans le programme national et à utiliser pour procéder à des ajustements dans les modes de dépistages différenciés mis en œuvre) ;
- *L'efficacité du dépistage :* nombre de cas confirmés d'infection par le VIH sur nombre de personnes testées ;

^{xiv} Il sera peut-être nécessaire de recruter du personnel supplémentaire, de redistribuer certaines tâches et de former le personnel à de nouvelles tâches ou de nouveaux processus/outils. Le bon fonctionnement des différents postes de dépistage imposera éventuellement d'acheter du matériel supplémentaire. Le financement des besoins en ressources humaines et en matériel nécessitera des ressources financières.

^{xv} Cela dépend des modes opératoires antérieurs. Par exemple, si aucune procédure de dépistage communautaire ou hors établissement n'a été mise en place auparavant, des investissements seront nécessaires pour financer le transport, le personnel et les kits de dépistage.

- *Le lien avec la prise en charge, en regardant le taux de mise sous traitement* : nombre de patients testés positifs commençant un traitement dans le mois qui suit sur nombre de cas confirmés d'infection par le VIH.

Outil 2 : Exemple de modèle pour mesurer le temps d'attente et la satisfaction des patients

Outil 3 : Exemples de tableaux pour contrôler l'efficacité d'une prise en charge différenciée

IV. Module 2 : Prise en charge différenciée

Sommaire du module

1	Introduction	27
2	Repérer les possibilités de mise en place d'une prise en charge différenciée	28
3	Quelles sont les options ?	29
3.1	Horaires différenciés	29
3.2	Espaces de consultation différenciés	31
3.3	Parcours différenciés dans un établissement	33
4	Par où commencer ?	36
4.1	Définir le plan	36
4.2	Évaluation des besoins en ressources	36
4.3	Comprendre les besoins et les obstacles propres aux groupes de patients	37
4.4	Lancer la mise en œuvre	39
4.5	Suivre la mise en œuvre	40

Aperçu du module 2

Objet

- Trouver des moyens pour améliorer le rapport coût-efficacité, le centrage sur les patients et l'acceptation des services de traitement
- Expliquer comment exploiter les données collectées au niveau des établissements et des communautés pour éclairer les décisions
- Examiner les options de prise en charge différenciées offertes aux patients pour que ceux-ci puissent accéder aux services.

Principales conclusions

Il est possible avec une prise en charge différenciée d'améliorer les effets, la qualité et le rapport coût-efficacité des traitements :

- En exploitant les données disponibles pour définir des modèles de prestation de services ;
- En adaptant la prestation de services aux besoins et aux préférences des patients, afin d'améliorer l'observance et la réussite des traitements ;
- En simplifiant le processus de prestation des services ;
- En renforçant les capacités des dispensaires afin de réduire le nombre de patients perdus de vue, d'améliorer l'observance des traitements et d'utiliser plus efficacement les ressources humaines.

1 Introduction

Ce module met l'accent sur des méthodes efficaces de prise en charge différenciée du VIH et de la tuberculose. Il a pour but d'aider les responsables de sites à concevoir et à mettre en œuvre des modèles de prestation de services adaptés aux besoins des patients et aux contraintes des prestataires. Chaque approche vise à améliorer l'efficacité des services en répondant aux besoins spécifiques des patients et en réduisant les obstacles qui empêchent d'accéder aux soins.

Les établissements pourront mettre en œuvre une ou plusieurs des mesures suivantes :

- *Horaires différenciés* : adaptation des horaires ou mise en place d'horaires ou de jours réservés à des groupes de patients particuliers dans les dispensaires (adolescents, couples sérodiscordants, etc.) ;
- *Emplacements différenciés* : assurer des services pour certains groupes de patients (patients co-infectés par la tuberculose et le VIH, enfants, etc.) dans un espace dédié au sein de l'établissement (salle, tente, etc.), ou sur des sites séparés ;
- *Parcours différenciés* : adaptation du parcours dans l'établissement en fonction des groupes de patients (nouveaux patients, patients malades, etc.).

Une prise en charge différenciée concerne davantage les établissements qui accueillent un grand nombre de patients et qui proposent tous les services de santé. Les démarches retenues devraient améliorer le rapport coût-efficacité de la prise en charge en optimisant la charge de travail du personnel. Elles devraient améliorer encore davantage la santé des patients en contribuant, d'une part, à une meilleure observance des traitements, et d'autre part, à un maintien accru dans le système de soins grâce aux effets combinés de conseils ciblés, d'une entraide entre pairs, de temps d'attente réduits et d'un moindre engorgement de l'établissement.

Le nouveau mode de fonctionnement peut être imaginé à partir de l'opinion qu'ont les patients des modalités actuelles d'accès aux services et du nouveau modèle de prestation qui leur est proposé. La recherche active de suggestions de patients concernant la meilleure façon d'adapter et d'utiliser ces modèles dans leur intérêt facilitera le travail des responsables d'établissements. La participation de la communauté et des patients est indispensable pour que des améliorations significatives soient apportées aux services.

La première partie de ce module se concentre sur la recherche de possibilités d'adaptation de *modes de prise en charge différenciés* selon le contexte. La deuxième partie présente des exemples de bonnes pratiques observées dans différents établissements. La troisième partie fournit des conseils pour commencer à mettre en œuvre ces pratiques.

La délivrance différenciée des médicaments est traitée en détail dans le module 3 de ce guide. Bien que la délivrance des médicaments soit un élément essentiel de la prise en charge, elle offre également des possibilités d'innovation spécifiques et peu coûteuses, qui seront mieux décrites dans un module séparé. Les approches détaillées dans le module 3 peuvent être mises en œuvre en même temps que celles du module 2. Dans la plupart des cas, il peut être avantageux de les mettre en œuvre en même temps.

2 Repérer les possibilités de mise en place d'une prise en charge différenciée

Les quatre questions suivantes aideront les responsables de sites à utiliser les données disponibles pour repérer les possibilités d'adapter des modes de prise en charge différenciés au contexte qui est le leur :

a) Quels sont les différents groupes de patients qui fréquentent l'établissement et quels sont les besoins et les contraintes propres à chaque groupe ?

Ces informations pourront être fournies par les données disponibles sur les caractéristiques des patients. Des informations plus détaillées et actualisées peuvent être obtenues auprès des patients et de représentants de la communauté, qui devraient être invités à faire part de leurs expériences et de leurs suggestions. Ces informations pourront porter par exemple sur les points suivants :

- *Caractéristiques démographiques* : enfants, adolescents, hommes, femmes, groupes marginalisés ou minoritaires (par exemple migrants sans papiers), minorités ethniques ou sexuelles, etc. ;
- *État de santé* : personnes co-infectées par le VIH et la tuberculose, femmes enceintes, personnes concernées par une résistance aux médicaments ou souffrant de maladies chroniques ;
- *Contraintes matérielles* : personnes qui présentent un handicap, qui vivent ou travaillent loin des établissements, ou dont les moyens financiers sont limités voire inexistantes, etc. ;
- *Vulnérabilité accrue* : consommateurs de drogues injectables, professionnels du sexe, etc.

b) À quels obstacles les patients et les prestataires de services sont-ils confrontés ?

Point de vue des patients – Exemples :³³

- *Difficultés d'accès* : éloignement des établissements, horaires de travail contraignants, coût du transport ;
- *Difficultés liées aux établissements* : locaux bondés, manque d'intimité, manque de confidentialité ou de respect de la part des prestataires de services, temps d'attente trop longs, nombre trop élevé de visites de contrôle avant le démarrer un traitement ;
- *Stigmatisation de la part des membres de la communauté, des prestataires de services ou d'autres patients dans l'établissement (réelle/établie ou perçue/redoutée par le patient).*

Point de vue des prestataires de services – Exemples :

- *Insuffisance des ressources (par exemple manque d'agents qualifiés, d'espace ou d'infrastructures, de moyens financiers, de matériel ; pénuries de médicaments) ;*
- *Directives peu précises ou insuffisantes concernant, par exemple, la prise en charge et la lutte contre la stigmatisation pour les différents groupes de patients, la gestion des installations et des fournitures, les exigences en matière de suivi et l'utilisation des données pour améliorer le service.*

Utiliser les données disponibles pour la planification

- Combien de patients fréquentent mon établissement en moyenne chaque jour ?
- Y a-t-il suffisamment d'agents de santé pour traiter tous les patients ?
- Concernant les patients séropositifs pour le VIH : quel est le taux de maintien dans le système de soins par rapport à la moyenne nationale/régionale ?
- Concernant les patients tuberculeux : quel est le taux de réussite des traitements pour tous les nouveaux cas ?
- Observe-t-on des disparités dans les taux de maintien dans le système de soins/taux de réussite des traitements entre les différents groupes de patients ?
- Les patients se plaignent-ils (par exemple du temps d'attente ou du nombre de visites nécessaire avant de commencer un traitement) ?

c) Quelles sont les possibilités d'adaptation du modèle actuel de prestation des services ?

Les modèles de prestation sont déterminés par :

- *Les personnes qui dispensent les services (possibilités de déléguer des tâches) : médecins, personnel infirmier, agents de santé communautaires, patients ;*
- *Les lieux où sont dispensés les services : en divers endroits dans des établissements de santé (hôpitaux régionaux, hôpitaux de district, centres de santé, dispensaires, etc.) ou dans des points de distribution au sein des communautés voire au domicile des patients ;*
- *La fréquence de fourniture des services : consultations médicales ou renouvellement d'un traitement (en fonction de la durée maximale possible du renouvellement).*

Pour approfondir le sujet

- Directives et recommandations de l'OMS concernant la délégation des tâches
- Directives opérationnelles de l'OMS

Les différentes approches peuvent être combinées de plusieurs manières en fonction de l'analyse faite par l'établissement des points ci-dessus. Les commentaires de patients aideront les responsables de sites à trouver la combinaison la mieux adaptée aux besoins et aux contraintes des patients, ainsi qu'une solution à leurs propres contraintes en tant que prestataires de services. Les établissements proposent souvent plusieurs options à leurs patients de manière à pouvoir satisfaire des besoins différents.

d) Quel est l'effectif des groupes de patients ?

Si les patients d'un groupe particulier devaient tous consulter le même jour ou au même endroit, seraient-ils suffisamment nombreux pour qu'on leur consacre un service (« masse critique ») ou, à l'inverse, seraient-ils trop peu nombreux par rapport aux ressources disponibles, notamment humaines ?

Si ces patients ne sont pas suffisamment nombreux pour mettre en place un service dédié, ils doivent être pris en charge dans le cadre des activités normales de l'établissement. Il en va de même des patients qui ne peuvent pas ou ne souhaitent pas bénéficier de services différenciés. Si les patients du groupe sont trop nombreux pour être reçus sur une seule journée ou dans un seul endroit, il sera alors nécessaire de prévoir, par exemple, plusieurs jours de consultation pour ce groupe.

La prise en charge différenciée est particulièrement intéressante dans les établissements qui accueillent un grand nombre de patients. Dans un tel contexte, l'effectif des sous-groupes de patients sera probablement suffisant pour justifier la mise en place de services dédiés. Ces approches peuvent toutefois être adaptées pour être mises en œuvre dans des établissements plus petits – par exemple, en réduisant le nombre de jours de consultation – dans la mesure où elles pourront quand même bénéficier à certains groupes de patients. La pertinence d'une combinaison d'approches dépend de l'environnement du site (par exemple rural, périurbain, urbain), de la quantité de patients et des préférences exprimées par ces derniers.

3 Quelles sont les options ?

3.1 Horaires différenciés

Signification : les établissements peuvent réserver certains jours de consultation à des groupes de patients particuliers. Cette solution offre également l'avantage de faciliter le déroulement des séances collectives de conseil et de pouvoir cibler les questions abordées dans les entretiens de santé.

Obstacles fréquemment rencontrés : de nombreux centres de santé dispensent des services à toutes sortes de patients durant les mêmes heures d'ouverture, quels que soient les besoins et les préférences des patients. Cette situation peut nuire à la qualité des services, tant pour les patients que pour l'établissement.

- *Point de vue des patients* – Pour certains groupes de patients, les adultes qui travaillent par exemple, l'obligation de consulter en journée pendant les heures d'ouverture de l'établissement est synonyme d'absence au travail et de perte de revenu potentielle, un risque

aggravé par la durée de l'attente. Pour d'autres groupes, fréquenter les établissements de santé en même temps que la population générale risque d'exposer ces patients au rejet social (femmes enceintes, adolescents, professionnels du sexe, minorités sexuelles, etc.) ;

- *Point de vue de la direction des établissements* – Le manque de personnel est souvent un problème. Par exemple, le personnel infirmier et les conseillers doivent être suffisamment nombreux pour pouvoir assurer les séances de conseil ou les entretiens de santé. Les établissements peuvent aussi manquer d'espace pour organiser ces activités tout en évitant une transmission de la tuberculose par des personnes atteinte d'une forme évolutive de la maladie. Des modes de prise en charge différenciés peuvent aider les sites à gagner en efficacité, par exemple, en désengorgeant les locaux grâce à des séances de conseil collectives.

Description du mode de prise en charge : les horaires différenciés peuvent prendre la forme suivante :

- *Jour de consultation pour les femmes enceintes/les adolescents/les couples (notamment les couples sérodiscordants) : permet de préserver une certaine intimité et d'éviter le rejet social³⁴ ; permet également d'améliorer la qualité de la prise en charge grâce à des séances de conseil collectives et à des entretiens de santé portant sur les besoins spécifiques de chaque groupe de patients (gestion de la grossesse, conseils nutritionnels, pratiques de prévention, etc.)³⁵ ;*
- *Jour de consultation pour les patients co-infectés : le fait d'offrir des services intégrés de prise en charge de la tuberculose et du VIH permet aux patients de recevoir des traitements pour les deux maladies au même endroit – plutôt que d'avoir à se rendre dans deux établissements différents – et de bénéficier de séances de conseil collectives et ciblées. Les établissements devront investir dans des mesures de prévention des infections, en prévoyant notamment de séparer les patients co-infectés des patients séropositifs non infectés par la tuberculose et de ventiler les salles d'attente ;*
- *Ouverture des établissements plus tôt le matin ou plus tard le soir et/ou le samedi : cette solution offre une certaine flexibilité aux personnes dont les horaires de travail sont contraignants et évite la stigmatisation ainsi que les pertes de revenu potentielles liées au fait de devoir s'absenter dans la journée pour se rendre dans l'établissement de santé. Cette solution peut être particulièrement intéressante lorsqu'il s'agit de renouveler un traitement. Ce mode de prise en charge pourra nécessiter un réaménagement du temps de travail du personnel en place, le recrutement de personnel supplémentaire et/ou des incitations financières ;*
- *Jours ou horaires de consultation particuliers pour les patients tuberculeux³⁶ : ce mode de prise en charge aide à prévenir les infections et facilite l'organisation d'entretiens de santé collectifs ainsi que le suivi des patients perdus de vue ;*
- *Jours de consultation différents en fonction de la phase du traitement (par exemple phase intensive et phase de continuation pour la tuberculose) : ce mode de prise en charge simplifie l'organisation d'entretiens de santé collectifs et le suivi des patients perdus de vue ;*
- *Jours de consultation ou dispensaires réservés aux patients atteints de tuberculose multirésistante ou ultrarésistante : ce mode de prise en charge permet de réduire les risques de transmission et de distinguer les patients tuberculeux de manière à pouvoir offrir une prise en charge spéciale aux patients atteints de tuberculose pharmacorésistante.*

Combien de jours de consultation doivent être consacrés à un groupe particulier ?

Cela dépend de l'effectif du groupe de patients concerné. Les agents de santé doivent avoir pour objectif de recevoir au moins autant de patients pendant les horaires réservés que pendant les horaires normaux. Les établissements peuvent ensuite décider combien de jours de consultation doivent être consacrés à un groupe particulier, ce qui peut aller d'un jour par mois à plusieurs jours par semaine.

Exemple 9 : Horaires différenciés pour les enfants – Riruta, Kenya^{xvi}

Environnement de l'établissement : situé à la périphérie de Nairobi, le centre de santé de Riruta propose notamment une prise en charge du VIH et de la tuberculose aux enfants et à leurs parents. En 2014, les 42 membres du personnel (comprenant 11 agents de santé communautaires bénévoles) ont reçu environ 120 patients par jour.

Mesures mises en œuvre : sur les 5000 patients du centre sous traitement antirétroviral, 200 étaient des enfants. Au départ, le parcours des enfants d'un service à l'autre dans le centre était identique à celui des adultes. Les entretiens de santé regroupaient les adultes et les enfants. En 2011, le centre de santé de Riruta a commencé à mettre en place des horaires différenciés, le dernier jeudi de chaque mois étant consacré aux enfants. Les agents de santé ont ainsi pu mener des entretiens centrés sur des problèmes propres aux enfants (par exemple la stigmatisation à l'école) ou des entretiens avec les parents pour expliquer à ceux-ci les spécificités de la prise en charge pédiatrique.

Résultats : le maintien des enfants sous traitement antirétroviral s'est amélioré à Riruta. Avant 2011, le taux moyen d'enfants perdus de vue après 12 mois était de 26 pour cent. Depuis 2011, ce taux est descendu à 19 pour cent (soit une diminution de 28 pour cent). Le nombre de numérations de CD4 pratiquées chez des enfants a été multiplié par quatre sur la période (passant de 11 pour cent en moyenne avant 2011 à 46 pour cent après 2011)^{xvii}.

Messages-clés :

- Les horaires réservés aux enfants sous traitement antirétroviral ont permis d'apporter un soutien accru et ciblé aux enfants ainsi qu'à leurs parents ;
- Les résultats en matière de maintien dans le système de soins et d'observance des traitements chez les enfants se sont considérablement améliorés.

3.2 Espaces de consultation différenciés

Signification : les établissements peuvent consacrer des salles d'attente ou des espaces de consultation à des groupes de patients particuliers.

Obstacles fréquemment rencontrés : souvent, tous les patients sont vus par les professionnels de santé dans le même espace de consultation et attendent au même endroit. Cette situation peut entraîner un engorgement des lieux et, parfois, une certaine stigmatisation (par exemple, entre les adolescents et les adultes)^{37,38}. De plus, les prestataires de soins ne peuvent aborder que des points généraux dans les entretiens de santé et les séances individuelles de conseil sont limitées par les capacités de l'établissement en matière de personnel et de locaux.

En intégrant des services (par exemple prise en charge du VIH dans les établissements de santé maternelle et infantile, prise en charge de la tuberculose dans les services spécialisés dans le VIH et inversement)^{39,40,41} ou en réservant des espaces de consultation à certains groupes de patients, il est possible de réduire la stigmatisation et d'améliorer l'efficacité du service rendu.

Description du mode de prise en charge : exemples typiques d'espaces dédiés :

- *Espaces de consultation pour les enfants :* le personnel peut se spécialiser progressivement dans la prise en charge des enfants. Des séances d'entretien et de conseil collectives et ciblées peuvent être organisées dans un environnement accueillant (par exemple un espace où les enfants peuvent jouer pendant qu'ils attendent) ;

^{xvi} Visites sur le terrain effectuées en 2014-2015 par le Fonds mondial et suite donnée

^{xvii} Patients sous traitement antirétroviral depuis plus de 12 mois au 30 mars 2015

- *Espaces de consultation pour les adolescents* : les adolescents peuvent avoir leur propre espace de consultation, dans lequel ils pourront entendre des messages de prévention ciblés et rencontrer des conseillers spécialisés⁴². Les adolescents qui vivent avec le VIH préfèrent généralement communiquer avec d'autres adolescents pour partager leurs expériences. Ils apprécient le soutien de groupes d'entraide entre pairs, de clubs de jeunes et de professionnels formés pour aborder des thèmes propres à l'adolescence⁴³ ;
- *Centre de consultations prénatales* : une prise en charge de la tuberculose ou du VIH peut être offerte dans les centres de consultations prénatales^{44,45} afin que les femmes enceintes n'aient pas à se rendre dans plusieurs services d'un établissement de santé, ce qui permettra à ces femmes de rentrer plus vite chez elles du fait d'un temps d'attente réduit ;
- *Espace réservé aux patients co-infectés par la tuberculose et le VIH* : prise en charge du VIH assurée dans les dispensaires spécialisés dans la tuberculose et inversement, de sorte que les patients n'aient pas à se rendre dans plusieurs établissements⁴⁶. Dans les deux cas, des mesures efficaces visant à prévenir la transmission de la tuberculose doivent être prises ;
- *Dispensaires pour patients atteints de tuberculose pharmacorésistante* : espaces de consultation ou dispensaires réservés aux personnes atteintes de tuberculose pharmacorésistante pour prévenir les infections et mieux répondre aux besoins particuliers de ces patients.

Mise en œuvre lorsque l'établissement dispose d'un espace limité

Certains sites ont suffisamment d'espace pour consacrer des salles à des groupes de patients spécifiques. Les établissements limités en locaux ont trouvé différentes solutions pour recevoir certains groupes dans des lieux dédiés. Des exemples sont donnés ci-après :

- Espaces d'attente ou de consultation installés à l'extérieur ou dans des structures provisoires (par exemple des tentes) ;
- Combinaison de ce mode de prise en charge avec les *horaires différenciés* décrits précédemment ;
- Espace réservé à des groupes particuliers certains jours ou à certaines heures de la journée.

Mise en œuvre lorsque le groupe cible compte peu de patients

Les solutions proposées plus haut peuvent s'avérer irréalisables si l'effectif du groupe cible est limité. Dans ce cas, les patients qui pourraient bénéficier de ce mode de prise en charge pourront être dirigés vers un autre établissement proche recevant suffisamment de patients et dont les moyens lui permettent de consacrer des espaces et des plages horaires à différents types de patients. Cela nécessite des systèmes d'orientation appropriés permettant au prestataire de soins de s'assurer que le patient est effectivement traité dans la structure vers laquelle celui-ci a été dirigé.

Exemple 10 : Prise en charge intégrée de la tuberculose et du VIH – Hôpital de district de Kericho, Kenya⁴⁷

Contexte : au Kenya, les patients tuberculeux et les patients séropositifs reçoivent généralement leur traitement dans deux dispensaires distincts reliés via un dispositif d'orientation des patients. Ce système augmente le temps d'attente pour les patients co-infectés par la tuberculose et le VIH, qui sont obligés de se rendre dans les deux établissements où ils devront à chaque fois attendre avant de recevoir leur traitement.

Mesures mises en œuvre : afin d'améliorer le service rendu aux patients co-infectés, l'hôpital de Kericho a mis en place une prise en charge intégrée en 2005, de manière à ce que les patients puissent retirer leur traitement antituberculeux et leur traitement antirétroviral au même endroit.

- Les structures de traitement de la tuberculose ont été agrandies pour pouvoir prendre en charge le traitement du VIH ;
- Le personnel spécialisé dans la tuberculose a été formé à la délivrance des TAR et aux séances de conseil sur le VIH ;
- Dans un souci de prévenir les infections, les patients séropositifs non tuberculeux étaient traités dans une autre structure située à quelques kilomètres, vers laquelle les patients tuberculeux étaient dirigés une fois guéris.

Résultats : en 2010, le taux de succès thérapeutique chez les patients co-infectés était de 75 pour cent contre 40 pour cent en 2005, avant l'intégration des services. Par ailleurs, le pourcentage de patients sous TAR perdus de vue est passé de 35 pour cent en 2005 à 13 pour cent en 2010.

Messages-clés :

- L'intégration de la prise en charge du VIH dans les établissements spécialisés dans la tuberculose a permis de réduire les temps d'attente pour les patients et a entraîné une augmentation significative des taux de réussite des traitements antituberculeux ainsi qu'une forte baisse du nombre de patients sous TAR perdus de vue ;
- L'intégration a nécessité, d'une part, d'agrandir les structures de prise en charge de la tuberculose pour y ajouter des services en rapport avec le VIH, et d'autre part, de former le personnel spécialisé dans la tuberculose à la prise en charge du VIH ;
- La question de la prévention des infections pour les patients séropositifs non tuberculeux a été facilement réglée en séparant physiquement ces personnes des patients tuberculeux sur le même site.

3.3 Parcours différenciés dans un établissement

Signification : les établissements ont la possibilité de mettre en place des parcours spécifiques pour certains groupes de patients.

Obstacles fréquemment rencontrés : tous les patients d'un établissement passent souvent par les mêmes étapes du processus de prise en charge, quel que soit le but de leur visite. Par exemple, un dossier doit être créé pour chaque nouveau patient. Or, il est fréquent que des patients déjà enregistrés doivent suivre le même parcours que les nouveaux patients, d'où un temps d'attente inutilement long et un certain énervement (qui pourront décourager certains patients de fréquenter l'établissement). De la même façon, il arrive que des patients qui souhaitent uniquement renouveler leur traitement ou effectuer des analyses de laboratoire doivent passer par toutes les étapes imposées aux nouveaux patients.

Description du mode de prise en charge : les groupes de patients susceptibles de bénéficier de parcours différenciés doivent être déterminés (par exemple distinction entre les nouveaux patients et les patients déjà enregistrés, ou entre les patients stables et non stables). Une fois les groupes identifiés, les établissements doivent définir des critères spécifiques et des parcours différents pour chaque groupe.

Exemples de ces critères, observés dans certains établissements :

- Nouveaux patients – par exemple première consultation dans l'établissement ;
- Patients déjà enregistrés – par exemple moins de 2 mois sous TAR ou moins de trois visites dans l'établissement pour une infection à VIH ; moins d'un mois sous traitement antituberculeux ;
- Patients déjà enregistrés et connus pour leur bonne observance – par exemple moins de deux rendez-vous manqués en un an passé sous traitement antirétroviral pour les patients séropositifs ; observance du traitement de 100 pour cent en phase intensive pour les patients tuberculeux ;
- Patients stables – par exemple charge virale indétectable, absence d'infections opportunistes ;
- Besoins spéciaux – par exemple femmes enceintes, enfants, adolescents, personnes co-infectées par le VIH et la tuberculose.

Le parcours des patients dans l'établissement pourra être adapté en fonction du but de leur visite et de leur droit à bénéficier d'un parcours « accéléré »^{xviii}, en supprimant certaines étapes. Des parcours différents nécessiteront de mettre en place les processus et les outils nécessaires pour garantir une mise à jour rapide et précise des dossiers des patients (par exemple outils permettant de retrouver les analyses de laboratoire ou les traitements dispensés par la pharmacie pour les patients bénéficiant d'un parcours accéléré)^{xix}.

Exemples de parcours différenciés :

- *Nouveaux patients à traiter par antirétroviraux* : inscription, tri, consultation, conseils avant la mise sous traitement et conseils concernant l'observance, pharmacie et autres services si nécessaire (par exemple nutritionniste, assistant social) ;
- *Patients déjà enregistrés sous TAR se présentant pour une numération des CD4 ou un test de charge virale* : aller directement au laboratoire, voir ensuite un clinicien pour les résultats, puis aller à la pharmacie ;
- *Les patients déjà enregistrés, stables et connus pour leur bonne observance*, qui ne se présentent que pour renouveler leur traitement peuvent se rendre directement à la pharmacie^{xx}.

Un parcours différencié augmente le degré de satisfaction des patients en réduisant les temps d'attente tout en offrant l'ensemble des services de santé nécessaires. Ce mode de prise en charge permet aux agents de santé de se concentrer sur les patients qui demandent une attention particulière (par exemple les nouveaux patients ou les patients non stables)⁴⁸. Pour l'établissement, cela représente un gain d'efficacité, du fait du coût réduit des traitements et de la productivité accrue des agents de santé.

^{xviii} « Parcours accéléré » fait référence au parcours dans l'établissement d'un patient autorisé à sauter les étapes inutiles du processus de consultation complet.

^{xix} Il peut s'agir par exemple pour un patient de sauter une étape – enregistrement, consultation ou séance de conseils – pour aller directement soit au laboratoire pour faire procéder à une numération des CD4 ou à un examen d'expectorations, soit à la pharmacie pour se faire dispenser un traitement.

^{xx} La prise en charge différenciée des patients stables peut se faire de plusieurs manières et fera l'objet de directives de l'OMS à paraître.

Exemple 11 : Parcours différenciés – TASO Jinja, Ouganda^{xxi}

Environnement de l'établissement : le site de la TASO à Jinja est un centre de santé implanté dans une zone périurbaine et qui dispense des traitements antirétroviraux. En 2014, 26 agents de santé, dont la moitié de bénévoles, recevaient environ 120 patients par jour.

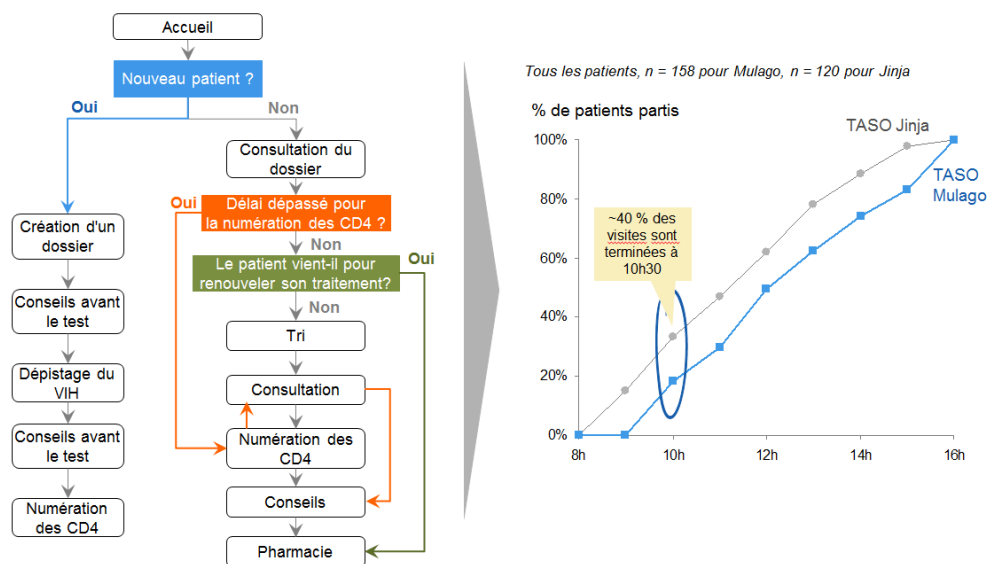
Mesures mises en œuvre : au départ, tous les patients devaient passer par toutes les étapes du parcours de soins, quel que soit l'objet de leur visite. Ce système avait pour conséquence des temps d'attente très longs. Pour remédier au problème, le centre de santé de Jinja a décidé de trier les patients à leur arrivée dans l'établissement en fonction de l'objet de leur visite.

Les nouveaux patients suivaient un parcours défini comportant les étapes suivantes : conseils avant le test, dépistage du VIH, numération des CD4, conseils après le test. Le parcours des patients déjà enregistrés était déterminé en fonction de leur dossier médical. Un patient en retard dans ses numérations de CD4 se rendait directement au laboratoire. Les patients stables venus uniquement pour renouveler leur traitement pouvaient aller directement à la pharmacie sans passer par la consultation.

Résultats : environ 40 pour cent des patients quittent le centre de santé avant 10h30 contre environ 25 pour cent sur le site de Mulago.

Le site de Jinja envisage maintenant de donner des rendez-vous (le matin ou l'après-midi) plutôt que de recevoir tous les patients le matin. Le but est de réduire les temps d'attente et de maintenir la productivité du personnel tout au long de la journée. Les rendez-vous du matin seront consacrés aux patients nécessitant des analyses de laboratoire (un processus long). Les patients n'ayant besoin que de renouveler leur traitement ou de consulter pourront être reçus l'après-midi.

Figure 5 : Parcours différenciés au centre TASO de Jinja et comparaison des temps d'attente observés à Jinja et à Mulago



Messages-clés :

- Ce mode de prise en charge profite à la fois aux patients et au personnel, dans la mesure où il permet de réduire les temps d'attente et de désengorger le site.
- La répartition des rendez-vous entre le matin et l'après-midi pour différents types de patients pourrait encore améliorer la situation.

^{xxi} Visites sur le terrain effectuées en 2014-2015 par le Fonds mondial et suite donnée

4 Par où commencer ?

4.1 Définir le plan

Les principaux éléments du plan de mise en œuvre sont les suivants :

- Désignation d'une personne chargée de diriger l'analyse, de proposer le mode de prise en charge et de rendre compte des progrès accomplis ;
- Élaboration d'un calendrier précis de mise en œuvre comportant des étapes-clés ;
- Planification de la communication au personnel et aux patients.

Points à vérifier avant la mise en œuvre

Doivent être clairement définis :

- La personne responsable
- Les priorités
- Le plan de travail
- Le plan de communication

Les analyses à mener avant de démarrer sont les suivantes :

- Évaluation de la pertinence pour le site des différentes options en fonction des procédures de traitement en vigueur, de l'importance des populations présentant un risque accru d'infection par le VIH et des besoins particuliers (par exemple populations-clés, nourrissons, enfants et adolescents), de l'accessibilité des services et des groupes de patients ;
- Hiérarchisation des approches pertinentes qui devraient être mises en œuvre. Il est plus prudent de mettre en œuvre les nouveaux modes de prise en charge un par un, de sorte que le personnel puisse gérer plus facilement d'éventuelles perturbations et que les établissements puissent tirer des leçons de l'expérience.
- Évaluation des obstacles actuels à la prestation de services et des ressources disponibles.

4.2 Évaluation des besoins en ressources

Les modes de prise en charge décrits dans ce document ne nécessitent pas de ressources supplémentaires en phase d'exécution. Ils demandent toutefois quelques investissements initiaux. Avant de se lancer, les responsables d'établissements doivent avoir une vision claire des ressources nécessaires. Il pourra s'agir de ressources humaines, de matériel ou d'équipements supplémentaires ou d'un appui financier^{xxiii}.

La mise en place d'un mode de prise en charge différencié nécessite essentiellement une certaine réorientation des ressources ou un petit investissement de départ dans la formation et/ou dans du matériel supplémentaire :

- *Formation, supervision et suivi des modes de prise en charge* : les établissements doivent s'assurer que ces tâches sont clairement définies et assignées à certains membres du personnel ;
- *Former le personnel* à l'organisation de séances de conseil collectives et d'entretiens de santé ciblés ;
- *Soigner la communication* auprès du personnel et des patients sur les modèles de prestation différenciés (panneaux d'affichage, brochures, affiches murales, etc.) ;
- *Évaluer les besoins* en répondant notamment aux questions suivantes : l'établissement entend-il élargir ses heures d'ouverture ou encore ouvrir le weekend ? Faudra-t-il prévoir des contreparties financières pour le personnel en place ou embaucher du personnel supplémentaire ?
- *Investissement de départ* dans du matériel supplémentaire et/ou dans des mesures visant à prévenir la transmission de la tuberculose.

^{xxiii} Il sera peut-être nécessaire de recruter du personnel supplémentaire, de redistribuer certaines tâches et de former le personnel à de nouvelles tâches ou de nouveaux processus/outils. Le bon fonctionnement des différents postes de dépistage imposera éventuellement d'acheter du matériel supplémentaire. Le financement des besoins en ressources humaines et en matériel nécessitera des ressources financières.

Outil 4 : Exemple d'affiche sur les clubs d'observance des TAR

4.3 Comprendre les besoins et les obstacles propres aux groupes de patients

Les établissements peuvent se tourner vers les patients et les professionnels de santé pour :

- Effectuer un premier recensement des groupes de patients ;
- Comprendre les besoins et les contraintes spécifiques de chaque groupe de patients ;
- Identifier les obstacles concernant l'établissement, qui empêchent certains groupes d'accéder aux services ;
- Tester le modèle de prestation sélectionné avant sa mise en œuvre.

Pour approfondir le sujet

- Outils participatifs pour une participation communautaire de l'Alliance internationale contre le VIH/sida
- Lignes directrices de l'OMS sur le dépistage systématique de la tuberculose évolutive
- Lignes directrices de l'OMS sur les services de dépistage du VIH

Les moyens suivants, entre autres, permettront de rassembler des informations sur les besoins et les obstacles relatifs à l'établissement :

- *Discussions informelles* : discussions informelles lors de réunions du personnel ; discussions avec des patients lors des entretiens de sortie ou pendant qu'ils attendent un traitement. Ces discussions permettent de se faire une idée des préférences des patients et des obstacles qu'ils rencontrent pour bénéficier d'un traitement. Les conclusions de ces discussions doivent être synthétisées et communiquées à la direction ;
- *Entretiens de groupes* : menés avec les agents de santé (médecins, personnel infirmier, bénévoles) ou avec des groupes de patients particuliers. Les responsables d'établissements devront sélectionner un certain nombre de patients dans les différents groupes. Un groupe de discussion typique compte de 5 à 15 personnes qui seront interrogées pendant 1 à 2 heures. La discussion sera animée soit par un intervenant extérieur, soit par un membre du personnel expérimenté dans l'animation de groupes de discussion ;
- *Enquêtes* : un questionnaire anonyme est distribué au personnel ou aux patients qui attendent dans l'établissement ; les réponses sont ensuite collectées, puis analysées. Les enquêtes anonymes permettent de toucher un grand nombre de patients qui pourront répondre librement aux questions posées.

Les réponses fournies par les patients devront être analysées par rapport aux services actuellement rendus dans l'établissement, afin d'apporter des éléments qui permettront d'opérer des choix pertinents concernant la prise en charge médicale et thérapeutique.

Outil 1 : Exemple d'enquête sur les préférences et les besoins des patients

Outil 2 : Exemple de modèle pour mesurer le temps d'attente et la satisfaction des patients

Outil 5 : Exemples d'activités groupes de discussion

Exemple 12 : Entretiens de groupe – TASO, Jinja, Ouganda^{xxiii}

(voir l'outil 2 pour des exemples d'activités menées au cours de ces séances)

Description : le site de la TASO à Jinja, dans l'est de l'Ouganda, est un centre de santé spécialisé dans le VIH, implanté dans une zone périurbaine. En 2014, 26 agents de santé, dont la moitié de bénévoles, recevaient environ 120 patients par jour.

Mesures mises en œuvre : le centre de santé de Jinja a mis en place quatre groupes de discussion pour connaître les priorités des patients et les obstacles auxquels ceux-ci étaient confrontés. Chaque groupe de discussion – comprenant un clinicien ou un conseiller, la personne chargée du suivi-évaluation et six à huit personnes issues d'un groupe particulier – s'est réuni pendant 1h¹/₂ environ. Les groupes étaient constitués de femmes enceintes, d'enfants, d'adolescents et d'adultes en activité. Les discussions avaient pour objectif de proposer à quatre ou cinq mesures-clés susceptibles d'améliorer le fonctionnement des services pour les patients.

Enseignements retenus : les groupes de discussion ont permis à la TASO d'établir les causes profondes d'une mauvaise observance thérapeutique ainsi que les facteurs favorisant une bonne observance. Les principaux comportements qui sont ressortis des discussions avec les patients sont les suivants :

- Un ou plusieurs rendez-vous manqués ;
- Traitement interrompu pendant quelques jours ;
- Interruption du parcours dans l'établissement avant la dernière étape en raison de temps d'attente trop longs.

Ces comportements dépendaient de la perception qu'avaient les patients de l'utilité des rendez-vous et de la qualité du service rendu (relation avec les agents de santé, entretiens de santé).

Messages-clés :

- Les groupes de discussion ont permis de recueillir des informations essentielles pour optimiser la prise en charge médico-sociale des patients sous TAR.
- Les groupes de discussion peuvent également servir à recueillir les commentaires des patients pour voir si les modes de prise en charge choisis répondent à leurs besoins ou s'ils devraient être adaptés de manière à mieux y répondre.
- La diversité dans la constitution des groupes de discussion peut apporter de nouvelles perspectives. Par exemple, des utilisateurs des services, accompagnés d'un responsable communautaire chargé d'animer la discussion sans que du personnel de l'établissement n'assiste à la réunion, pourront apporter des perspectives différentes en présence d'une personne perçue comme un « symbole d'autorité ».

^{xxiii} Visite sur le terrain du Fonds mondial en 2015

4.4 Lancer la mise en œuvre

Définir les critères d'admissibilité et les procédures d'orientation des patients

Les sites doivent définir des critères précis permettant d'établir qui parmi les patients pourra bénéficier d'une prise en charge différenciée. Par exemple, les critères d'accès à une procédure accélérée de renouvellement des traitements ressembleront vraisemblablement à ce qui suit, même si quelques adaptations au contexte local peuvent s'avérer nécessaires :

- *Depuis combien de temps le patient est-il sous TAR ?* – plus de 6 à 12 mois de préférence ;
- *Depuis combien de temps le patient suit-il le même protocole thérapeutique ?* – au moins trois mois de préférence ;
- *Groupes de population* – patients de plus de 18 ans, en dehors d'une période de grossesse pour les femmes ;
- *Réaction au traitement antirétroviral* – une charge virale indétectable, si l'analyse peut être réalisée régulièrement ; sinon, une bonne observance du traitement, prouvée par un moyen de mesure objectif (par exemple dossier pharmaceutique) ;
- *État de santé général* – absence de maladie, poids et état nutritionnel stables.

Notez que même lorsque des patients remplissent tous les critères, ceux-ci doivent pouvoir prendre la décision finale de bénéficier ou non d'une prise en charge différenciée et choisir le mode de prise en charge qu'ils préfèrent, en fonction de leurs besoins en la matière. Si des problèmes de santé surviennent, il sera peut-être nécessaire de renvoyer certains patients vers l'établissement de santé où ils pourront bénéficier d'un meilleur suivi. Tout patient pourra décider à tout moment de revenir à un mode de prise en charge classique du VIH en établissement. On pourra en outre mettre en place des procédures particulières pour orienter certains patients vers le clinicien/l'établissement de santé, afin qu'ils puissent être suivis de plus près. Cela concerne notamment les patients suivants :

- Patients dont le diagnostic d'infection par la tuberculose ou par toute autre infection opportuniste évolutive vient d'être posé ;
- Patients dont la charge virale est passée au-dessus de 1000 copies/mL ou présentant tout au signe clinique ou immunologique d'échec thérapeutique (par exemple une baisse de la numération des CD4) ;
- Patients présentant des effets secondaires liés à la toxicité des médicaments (par exemple une anémie).

Familiarisation et formation des prestataires de santé

Les agents de santé et autres prestataires de services en contact direct avec les patients doivent se familiariser avec les modèles proposés et être formés pour, d'une part, mettre en œuvre le mode de prise en charge sélectionné, et d'autre part, saisir les données et tenir à jour les dossiers qui serviront à l'analyse future des résultats. Tous les nouveaux employés doivent bénéficier de séances de formation régulières. Il s'agit concrètement des personnes suivantes :

- *Cliniciens/personnel infirmier/conseillers* : ils devront promouvoir le mode de prise en charge retenu ; ils devront également pouvoir renseigner les patients sur les différentes options proposées et encourager les patients admissibles à y souscrire ; ils devront en outre savoir comment transférer ou orienter un patient lorsque le cas se présente ;
- *Agents de santé primaire/agents de santé communautaires/patients experts* : ils devront comprendre comment fonctionne le modèle et comment utiliser les outils permettant d'évaluer et de suivre l'état de santé des patients. Avant la mise en œuvre, une formation doit être dispensée et tout motif d'inquiétude doit être abordé.

Sensibilisation des patients aux différents modèles



Les voies de communication existantes doivent être utilisées pour aider les patients à opter en connaissance de cause pour le mode de prise en charge thérapeutique et de délivrance des médicaments qui leur convient le mieux. L'information sera transmise notamment dans le cadre d'entretiens de santé menés dans les salles d'attente, de groupes d'entraide, de visites à domicile organisées par des agents de santé communautaires et des consultations médicales.

L'information pourra également être communiquée durant les séances de conseils sur l'observance, avant le démarrage d'un traitement antirétroviral, mais aussi au cours des premiers mois de traitement, afin que les patients connaissent dès le début les options qui leur sont offertes. Des affiches et des brochures pourront être utilisées par l'établissement pour appuyer le message.

Les principaux éléments d'information à communiquer sont les suivants :

- Les options disponibles ;
- Le fonctionnement des modes de prise en charge ;
- Les patients concernés ;
- Les personnes à contacter.

Outil 4 : Exemple d'affiche sur les clubs d'observance des TAR

4.5 Suivre la mise en œuvre

Les responsables de programmes et d'établissements doivent surveiller certains indicateurs-clés pour s'assurer de l'efficacité de la mise en œuvre. Les établissements peuvent surveiller la productivité à l'aide des indicateurs suivants :

- Rapport du nombre de patients recevant des soins sur le nombre d'agents de santé ;
- Indicateurs de résultats axés sur la satisfaction et l'état de santé des patients.

Dans les deux cas, les sites devront comparer les valeurs de référence (avant la mise en œuvre d'une prise en charge différenciée) aux valeurs enregistrées après un certain temps (à définir) d'application du nouveau mode de prise en charge : la différence entre les deux séries de valeurs aidera à évaluer les effets d'une prise en charge différenciée.

Les établissements devront également surveiller les résultats et les coûts d'une prestation de services différenciée. Très souvent, ces indicateurs font déjà partie des données collectées systématiquement.

Les indicateurs utiles à surveiller pour suivre les progrès accomplis sont notamment les suivants :

- Nombre de patients vus par les agents de santé chaque jour ;
- Temps moyen d'attente des patients dans l'établissement ;
- Pourcentage de patients « satisfaits » ou « très satisfaits » du service rendu par l'établissement ;
- Pourcentage de rendez-vous manqués par des patients des groupes cibles sur une certaine période ;
- Pourcentage de patients des groupes cibles actuellement sous traitement antirétroviral depuis au moins 6 mois ;

- Maintien sous TAR des patients issus de groupes cibles sur douze mois ;
- Pourcentage de patients sous TAR issus de groupes cibles, dont la charge virale est indétectable ou, lorsque le test de charge virale n'est pas disponible, dont la bonne observance du traitement est prouvée ;
- Taux de réussite des traitements antituberculeux pour tous les nouveaux cas d'un groupe de patients.

Outil 2 : Exemple de modèle pour mesurer le temps d'attente et la satisfaction des patients

Outil 3 : Exemples de tableaux pour contrôler l'efficacité d'une prise en charge différenciée

Outil 6 : Exemple d'un outil de surveillance des traitements antirétroviraux

V. Module 3 : Délivrance différenciée des médicaments

Sommaire du module

1	Introduction	43
2	Repérer les possibilités de délivrance différenciée des médicaments	44
3	Quelles sont les options ?	46
3.1	Espacement des rendez-vous	46
3.2	Délivrance des médicaments en établissement	50
3.3	Délivrance de médicaments décentralisée	52
4	Par où commencer ?	60
4.1	Définir le plan	60
4.2	Évaluation des besoins en ressources	60
4.3	Comprendre les besoins et les obstacles propres aux groupes de patients	60
4.4	Lancer la mise en œuvre	61
4.5	Planification de la gestion des approvisionnements en médicaments et des opérations	63
4.6	Suivre la mise en œuvre	63

Aperçu du module 3

Objet

Améliorer l'efficacité et l'acceptabilité des services de délivrance des médicaments ainsi que le recours à ces services, en proposant différentes options aux patients en fonction de leurs besoins et de leurs préférences

Principales conclusions

Il est possible avec une délivrance différenciée des médicaments d'améliorer les effets, la qualité et le rapport coût-efficacité de la prise en charge thérapeutique :

- En améliorant la qualité du service par une rationalisation de la durée de renouvellement des traitements et par une adaptation du mode de fourniture aux besoins et aux préférences des groupes de patients, avec à la clé une meilleure observance et un taux de réussite thérapeutique plus important ;
- En permettant aux prestataires de services de concentrer des ressources sur les personnes qui en ont le plus besoin ;
- En diminuant le coût de la délivrance des médicaments lorsque cela est possible.

1 Introduction

Ce module se concentre sur les modes de délivrance différenciés des médicaments. La *délivrance des médicaments* consiste non seulement à dispenser les traitements aux patients, mais aussi à faire en sorte que les médicaments et autres produits de qualité nécessaires à la prise en charge médicale et thérapeutique soient constamment disponibles.

Les procédures de délivrance différenciées des médicaments offrent des possibilités d'innover à moindre coût. Elles peuvent être adaptées aux besoins et aux préférences de certains groupes de patients. Les prestataires de services disposent d'une grande latitude pour imaginer différentes options en fonction du lieu de prestation, de la fréquence des visites et du type de prestataire^{xxiv,xxv}.

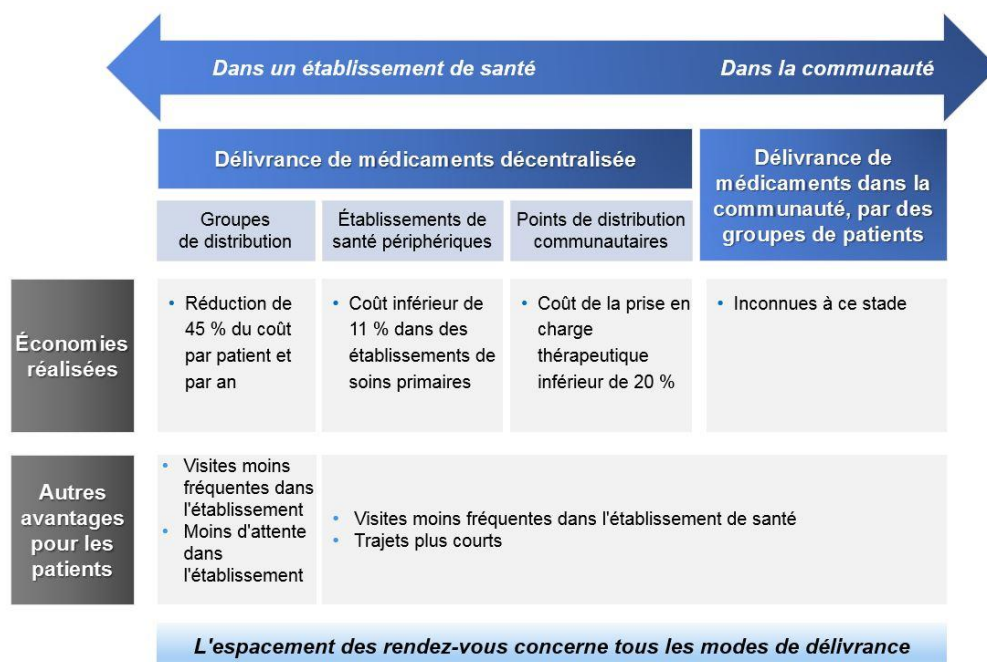
Exemples :

- *Délivrance des médicaments dans l'établissement* :
 - Renouvellement rapide des traitements : les patients se rendent directement à la pharmacie pour renouveler leurs traitements (utile pour les modèles s'appuyant sur un établissement ou sur la communauté) ;
 - Groupes de distribution basés dans un établissement : des pairs conseillers distribuent des médicaments aux membres des groupes (également possible au sein de clubs d'observance basés dans la communauté) ;
 - Délivrance de médicaments décentralisée dans des établissements de santé périphériques/de niveau inférieur ;
 - Délivrance de médicaments décentralisée, assurée par du personnel des établissements de santé dans les communautés ;
- *Délivrance de médicaments dans la communauté*, assurée par des groupes de patients ou des prestataires non professionnels ;
- *Espacement des rendez-vous* : traitements délivrés pour des périodes plus longues, ce qui permet de réduire la fréquence des consultations médicales (pour les modèles s'appuyant sur un établissement ou sur la communauté).

^{xxiv} Directives opérationnelles de l'OMS

^{xxv} Un projet de la Société internationale du sida sur les modèles différenciés de délivrance des traitements antirétroviraux est actuellement en cours et un rapport présentant les conclusions du projet devrait être publié mi-2016.

Figure 6 : Résumé – Solutions pour une délivrance différenciée des médicaments^{xxvi}



2 Repérer les possibilités de délivrance différenciée des médicaments

Les questions suivantes aideront les responsables de sites à utiliser les données disponibles pour repérer les possibilités d'adapter des modes de délivrance différenciés des médicaments au contexte qui est le leur :

a) Quel est le profil des patients dans mon établissement ? Pour répondre à cette question, on pourra examiner les points suivants :

- *Composition de la patientèle* – par exemple, le nombre de patients stables sous traitement depuis longtemps par rapport au nombre de nouveaux patients ;
- *Contraintes personnelles des patients* – par exemple, le nombre de patients qui vivent loin de l'établissement ou pour lesquels le trajet est long ou coûteux.

b) À quels obstacles les patients ou les prestataires de services sont-ils confrontés ?

La perte de vue de patients sous traitement antirétroviral ou antituberculeux est un phénomène fréquent^{49,50,51}. Cela est dû à toute une série d'obstacles auxquels sont confrontés à la fois les patients et les prestataires de services.

- *En ce qui concerne les patients* – Exemples d'obstacles typiques⁵² qui empêchent les patients d'accéder à un traitement ou d'observer un traitement prescrit :
 - *Obstacles matériels* (distance de l'établissement de santé, conditions de voyage difficiles, faible disponibilité des médicaments) ;
 - *Contraintes de temps et de coûts* (par exemple éloignement, horaires de travail contraignants, perte de revenu en cas d'absence au travail, temps d'attente trop longs) ;
 - *Stigmatisation* de la part de la communauté, de la famille ou du prestataire de services (par exemple manque d'intimité, de confidentialité ou de respect) ;

^{xxvi} Résumé modifié des solutions décrites dans le rapport de MSF intitulé *Plus près des patients* (Médecins Sans Frontières, décembre 2013), avec une estimation des économies basée sur la note de bas de page xxxvi et les références 65 et 67.

- *Absence d'aide au traitement* par des pairs, la communauté ou la famille.
- *En ce qui concerne les prestataires de services* – Exemples d'obstacles :
 - *Nombre élevé de patients* reçus dans l'établissement, d'où un engorgement du site et des temps d'attente très longs pour les consultations et à la pharmacie ;
 - *Difficultés d'approvisionnement* : pénuries nationales ou locales, problèmes de logistique, problèmes dans la gestion des quantités, des commandes et des stocks ;
 - *Outils et locaux inadaptés* pour conserver les dossiers pharmaceutiques des patients, stocker les médicaments et protéger le stock contre les vols ;
 - *Personnel insuffisant* pour gérer la pharmacie et la fourniture des médicaments.

c) Quelles sont les possibilités d'adaptation du modèle actuel de prestation des services ?

Les établissements doivent mettre au point des modes de délivrance des médicaments adaptés aux besoins et aux contraintes des patients, tout en travaillant sur les contraintes des prestataires de services, de manière à pouvoir proposer plusieurs options aux patients. Tout modèle de prestation de services est une combinaison de trois facteurs, dont chacun pourra subir quelques ajustements :

- *Les personnes* qui dispensent les services : médecins, personnel infirmier, agents de santé communautaires, patients ;
- *Les lieux* où sont dispensés les services : en divers endroits dans des établissements de santé (hôpitaux régionaux, hôpitaux de district, centres de santé, dispensaires, etc.) ou dans des points de distribution au sein des communautés voire au domicile des patients ;
- *La fréquence* de fourniture des services : tous les trois mois pour un renouvellement de traitement (en fonction de la durée maximale possible du renouvellement).

Pour améliorer la satisfaction des patients, les établissements peuvent jouer sur la fréquence des visites, le type de prestataire ou le lieu de prestation des services. Cela devrait avoir pour effet d'améliorer le maintien des patients dans le système de soins et s'est révélé être une solution plus économique dans la plupart des cas. Une amélioration des systèmes de gestion des médicaments – contrôle des stocks, lutte contre le vol, bonnes relations avec les fournisseurs – contribuera également à améliorer le rapport coût/efficacité, à maintenir une qualité de service constante et à renforcer le maintien des patients dans le système de soins.

d) Dans quels contextes, la mise en œuvre de ces modes de délivrance des médicaments est-elle la plus pertinente ?

Des modes de délivrance différenciés devraient être envisagés par tous les établissements, en fonction des commentaires des patients, de leur intérêt pour de tels modèles et de l'évaluation des données disponibles. Cependant, ils conviennent particulièrement à tous les établissements qui reçoivent un grand nombre de patients ou des patients venus de régions reculées.

Les établissements de santé très fréquentés, dans lesquels les temps d'attente sont longs, auront tout à gagner d'innovations visant à réduire l'engorgement des locaux et le temps passé par les patients dans l'établissement. Pour les patients venant de régions reculées, un mode de délivrance différencié pourrait être mis en place pour rapprocher le lieu de fourniture de leur domicile, afin de réduire, voire d'éliminer, les frais et le temps de transport pour ces personnes.

Le contexte communautaire doit également être pris en compte, par exemple : quel est le degré de stigmatisation ? Quels sont les réseaux d'entraide présents ? Le personnel devra travailler avec les patients pour comprendre ces facteurs, contribuer à réduire la stigmatisation et utiliser au mieux les réseaux d'entraide en vue d'optimiser l'observance des traitements et le suivi des patients.



3 Quelles sont les options ?

3.1 Espacement des rendez-vous

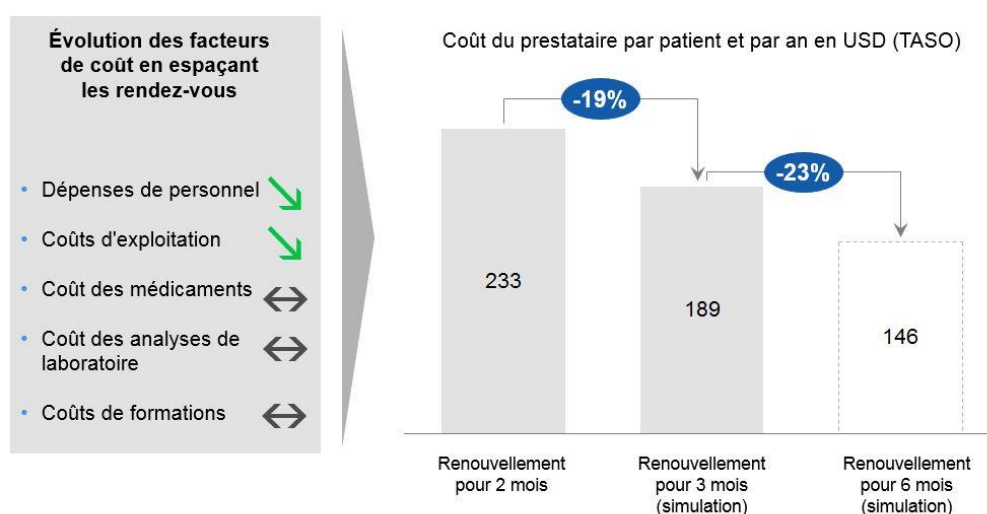
Description de la méthode : l'espacement des rendez-vous est une méthode qui peut être appliquée dans le cadre d'un mode de délivrance communautaire ou en établissement. Dans les établissements, des consultations et visites de suivi fréquentes sont exigées pour tous les patients, quelle que soit la date à laquelle ils ont démarré leur traitement. Il arrive parfois que plusieurs visites soient exigées pour effectuer des examens médicaux avant de démarrer un traitement.

Le traitement antirétroviral des nouveaux patients diagnostiqués séropositifs est surveillé de très près, ce qui nécessite un rendez-vous par semaine ou toutes les deux semaines selon les cas. En général, le traitement des patients traités depuis un certain temps et stables est renouvelé pour une période égale à la durée maximale autorisée (trois mois la plupart du temps). Le traitement de la tuberculose fait l'objet d'une surveillance hebdomadaire pendant la phase intensive, puis toutes les deux semaines pendant la phase de continuation.

En se basant sur les critères de l'OMS, les établissements peuvent proposer des rendez-vous à intervalles différents en fonction du profil des patients. Par exemple, les rendez-vous pourront être espacés différemment selon qu'il s'agit d'une consultation médicale (une fois tous les trois ou six mois) ou d'un renouvellement de traitement. La fréquence des consultations médicales pourra être ramenée à une consultation par an pour les patients séropositifs stables sous traitement antirétroviral depuis plus de 12 mois, dont la charge virale est indétectable et qui respectent correctement les consignes de traitement. Ces patients pourront bénéficier d'une ordonnance renouvelable plus longtemps (par exemple tous les trois mois)⁵³.

Pour les patients atteints de tuberculose, la durée du renouvellement peut être modifiée en fonction du mode de prise en charge thérapeutique. Par exemple, si le patient se rend dans l'établissement de santé pour y suivre un traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS), les médicaments sont alors dispensés quotidiennement. Si le patient opte pour un DOTS administré par un membre de sa famille ou un agent de santé communautaire, les médicaments peuvent être dispensés pour une ou deux semaines (voire plus en phase de continuation, si le patient est stable).

Figure 7 : Économies potentielles résultant de l'espacement des rendez-vous, TASO, Ouganda



Méthodologie : calcul des économies potentielles résultant de l'espacement des rendez-vous, TASO, Ouganda^{xxvii}

Étape 1 : Répertoire des facteurs du coût de la prise en charge thérapeutique des patients

- *Dépenses de personnel* – membres du personnel assurant des services directs ou apportant une aide aux patients sous TAR ;
- *Coûts d'exploitation* – matériel et mobilier de l'établissement, location des lieux et loyer foncier, véhicules et frais associés, factures diverses (électricité, eau, téléphone, etc.) ;
- *Coût des médicaments* – services de pharmacie, médicaments dont antirétroviraux, traitements des infections opportunistes, vitamines et produits de soutien nutritionnel ;
- *Frais de laboratoire* – coût des analyses et des fournitures ;
- *Coûts de formation* – ateliers, activités de formation, assistance et supervision.

Étape 2 : Calculer le coût de base d'une visite

Coût moyen d'une visite sur un site de la TASO, basé sur une analyse réalisée en 2012 = 38,86 USD par visite.

Étape 3 : Estimer le coût annuel de la prise en charge thérapeutique en fonction de la fréquence de renouvellement des traitements

- Coût pour une ordonnance renouvelable deux mois, d'où six visites par patient et par an = 233 USD ;
- Coût pour une ordonnance renouvelable trois mois, d'où quatre visites par patient et par an au lieu de six, ce qui induit une diminution de 33 pour cent des coûts de personnel et d'exploitation (calcul basé sur la ventilation de l'étape 1) = 189 USD ;
- Coût pour une ordonnance renouvelable six mois, d'où deux visites par patient et par an au lieu de quatre, ce qui induit une diminution de 50 pour cent des coûts de personnel et d'exploitation (calcul basé sur la ventilation de l'étape 1) = 146 USD.

^{xxvii} Basé sur une étude portant sur le coût de la prise en charge thérapeutique des patients sur les sites de la TASO en Ouganda, extrait de *Retrospective review of task-shifting community-based programs supporting ART treatment and retention in Uganda*. Okoboi, S. (non publiée).

Exemple 13 : Espacement des rendez-vous – Riruta, Kenya^{xxviii}

Environnement de l'établissement : situé à la périphérie de Nairobi, le centre de santé de Riruta propose notamment une prise en charge du VIH et de la tuberculose aux enfants et à leurs parents. En 2014, les 42 membres du personnel (comprenant 11 agents de santé communautaires bénévoles) ont reçu environ 120 patients par jour.

Mesures mises en œuvre : au vu du grand nombre de patients séropositifs reçus chaque jour au centre, les responsables du site ont réalisé qu'il était possible de diminuer la fréquence des renouvellements de traitement pour les patients les plus stables sous TAR depuis plus de 12 mois.

Résultats : à partir de février 2015, 50 pour cent des patients sous traitement antirétroviral se sont vu délivrer des traitements d'une durée supérieure ou égale à trois mois. Le pourcentage de patients perdus de vue bénéficiant d'une ordonnance à renouveler tous les trois ou quatre mois était respectivement de 10 pour cent et 4 pour cent, contre 26 pour cent pour l'ensemble des patients de l'établissement. Malgré le biais lié à la sélection des patients les plus stables et connus pour leur bonne observance, ces résultats suggèrent que l'espacement des rendez-vous n'augmente pas le risque de perdre de vue des patients.

Messages-clés :

- Planification des approvisionnements en médicaments : il a fallu prévoir les besoins à long terme pour garantir des approvisionnements suffisants. Les responsables de l'établissement ont réalisé que des prévisions trimestrielles des besoins s'imposaient pour tenir compte des patients bénéficiant d'un traitement à renouveler tous les trois ou quatre mois, et ce malgré le fait que les demandes de médicaments devaient être faites tous les mois auprès de l'organisme d'achat.
- Un suivi biologique des patients est nécessaire – surveillance régulière de la charge virale – pour s'assurer que le traitement est bien observé et que des consultations moins fréquentes n'altèrent pas l'état de santé des patients.

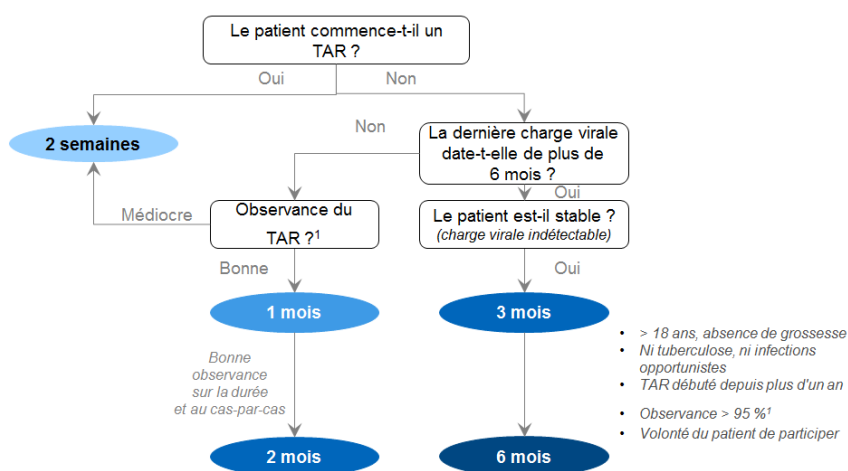
^{xxviii} Visites sur le terrain effectuées en 2014-2015 par le Fonds mondial et suites données

Exemple 14 : Renouvellement accéléré des traitements et espacement des rendez-vous – Homa Bay, Kenya^{xxix}

Environnement de l'établissement : l'hôpital central du comté d'Homa Bay est un hôpital régional de niveau 5, qui dispense des traitements antirétroviraux depuis 2004 et qui traite actuellement environ 8000 patients par antirétroviraux. En 2014, les 156 professionnels de santé et 60 agents de santé communautaires ont reçu environ 150 patients par jour.

Mesures mises en œuvre : les responsables de l'établissement ont réalisé qu'une grande partie des patients sous TAR étaient des patients stables. En novembre 2014, ils ont commencé à proposer à ces patients des consultations espacées de six mois et un renouvellement rapide de leur traitement tous les trois mois.

Figure 8 : Critères utilisés par l'hôpital central du comté d'Homa Bay pour espacer les rendez-vous



Résultats : en mai 2015, 1839 patients participaient à l'expérience pilote d'espacement des consultations, avec des premiers résultats encourageants quant au respect des échéances. 83 pour cent des patients sous traitement à renouveler tous les trois mois et 86 pour cent des patients sous traitement à renouveler tous les six mois ont honoré leurs rendez-vous^{xxx}.

Messages-clés :

- Il a fallu du temps pour que les cliniciens adhèrent au nouveau modèle. Au départ, ils étaient mal à l'aise à l'idée d'espacer les consultations de six mois ou ne passaient pas assez de temps à sensibiliser les patients à ce nouveau mode de prise en charge, d'où une faible adhésion générale. Lorsqu'ils ont compris les avantages du nouveau modèle pour les patients et pour l'établissement, ils se sont mis à le promouvoir activement.
- Des rapports remis régulièrement dans un format personnalisé ont permis de suivre la progression du nombre de rendez-vous espacés de six mois donnés par les cliniciens (et de mettre en évidence la faible adhésion initiale au nouveau modèle) ainsi que la présence des patients à leurs rendez-vous.

^{xxix} Visites sur le terrain effectuées en 2014/2015 par le Fonds mondial et suites données

^{xxx} Résultats préliminaires rassemblés par le comté d'Homa Bay et Médecins Sans Frontières

Efficacité observée : des données provenant d'autres sites montrent les économies qu'il est possible de réaliser.

- Une analyse préliminaire des coûts effectuée par la TASO en Ouganda montre qu'il est possible de réaliser jusqu'à 20 pour cent d'économies sur les dépenses d'exploitation et de personnel consacrées à la délivrance des médicaments en passant de traitements renouvelables tous les trois mois à des traitements renouvelables tous les six mois.
- Des résultats similaires provenant des instituts des maladies infectieuses de Kampala ont montré que le coût par personne et par an diminuait presque de 20 pour cent lorsque des patients stables consultaient des membres du personnel infirmier tous les trois mois et un médecin tous les six mois, avec un traitement renouvelé tous les mois à la pharmacie uniquement, même si des résultats individuels similaires ont été observés entre différents groupes de patients⁵⁴.

3.2 Délivrance des médicaments en établissement

Renouvellement accéléré des traitements

Les établissements peuvent adapter le parcours des patients en fonction de l'objet de leur visite et de leur habilitation à sauter certaines étapes du parcours complet. Par exemple, les patients sous traitement antirétroviral, stables et connus pour leur bonne observance, pourraient bénéficier d'une procédure « accélérée » et se rendre directement à la pharmacie pour y renouveler leur traitement sans voir leur médecin. Pour ces patients, l'intervalle entre deux consultations médicales serait rallongé en fonction de leur état de santé et de leur protocole de traitement.

L'adaptation du parcours des patients à l'objet de leur visite permet de réduire le temps moyen passé par les patients dans l'établissement et contribue au désengorgement des services⁵⁵. Il est probable que cette mesure augmentera le degré de satisfaction des patients, avec des effets bénéfiques sur l'observance des traitements⁵⁶.

Fourniture des médicaments à des groupes de patients

Il s'agit de distribuer des médicaments aux patients qui fréquentent des clubs d'observance au sein de l'établissement. Les clubs sont animés par des pairs éducateurs ou des patients experts qui ont la possibilité de diriger des patients vers du personnel infirmier et/ou des médecins lorsque cela est nécessaire. Ils fonctionnent également comme des groupes d'entraide. Ils ont été testés et mis en place dans plusieurs contextes par MSF et d'autres organisations.

Des données montrent que l'état de santé des patients qui reçoivent leurs médicaments par ce biais est semblable à celui des patients qui reçoivent leur traitement en établissement. Les réactions par rapport à ces clubs sont positives, tant de la part des patients que des prestataires de services ^{xxxi}.⁵⁷. Les clubs d'observance regroupent jusqu'à 30 patients qui se réunissent tous les quelques mois (en fonction de la durée maximale de renouvellement des traitements) pendant moins d'une heure.

La participation à ces clubs est proposée à tous les adultes sous traitement antirétroviral depuis au moins 12 mois et considérés stables sur le plan clinique avec une charge virale indétectable (lorsque le test est disponible). Certaines tâches essentielles, telles que la pesée des patients ou les examens de santé basés sur l'observation d'éventuels symptômes, sont effectuées par un pair éducateur ou un patient expert formé⁵⁸, qui agit en tant qu'animateur du club. Les évaluations sont consignées dans les dossiers des patients et contrôlées par le personnel de l'établissement de soins grâce à un canal de communication de l'information mis en place entre l'animateur du club et l'établissement.

Tout patient présentant des symptômes est redirigé vers le site principal, où le personnel infirmier procédera à une évaluation prioritaire. Tous les membres du club voient un membre du personnel infirmier

^{xxxi} Réactions recueillies auprès de membres de clubs d'observance et de prestataires de services à Kibera (Kenya)

deux fois par an, une fois pour des analyses de sang, puis deux mois plus tard pour leur bilan de santé annuel. L'animateur est également chargé de tenir le registre du club.

Efficacité observée : d'autres données illustrent les économies qu'il est possible de réaliser en mettant en place des clubs dans les établissements.

- Une étude sur le rapport coût/efficacité menée en Afrique du Sud a montré que le coût par patient-année du modèle basé sur les clubs d'observance était inférieur de 45 pour cent au coût du modèle de prise en charge classique.
- Avec des temps d'attente plus courts, une plus grande acceptation des services et un taux de rendez-vous honorés supérieur, le modèle basé sur les clubs d'observance présente moins d'obstacles à un accès continu aux soins⁵⁹.

En permettant de déléguer les consultations et la distribution des médicaments pour les patients stables à du personnel non médical (par exemple les pairs éducateurs), les clubs d'observance contribuent à désengorger les établissements^{xxxiii}. Grâce aux clubs, les patients passent moins de temps dans l'établissement et bénéficient, d'une part, d'une entraide entre pairs, et d'autre part, d'une plus grande souplesse (par exemple réunions le samedi matin pour les adultes qui travaillent). Pour l'établissement, la délégation des tâches contribue à faire baisser le coût de la prise en charge thérapeutique des patients ainsi que la charge de travail du personnel.

Exemple 15 : Clubs d'observance des traitements (COT) – Kibera, Kenya⁶⁰

Contexte : le centre de santé de Kibera à Nairobi offre des soins de santé primaires, une prise en charge médicale et thérapeutique du VIH (plus de 5000 patients), des maladies non transmissibles (plus de 2000 patients) et de la tuberculose (environ 30 patients actuellement), ainsi que des services de maternité.

Mesures mises en œuvre : en 2013, MSF et le ministère kenyan de la Santé ont mis en place les COT comme une alternative à la prise en charge classique pour les patients stables séropositifs, diabétiques ou atteints d'hypertension. Les COT permettent à des groupes comptant jusqu'à 30 patients séropositifs ou atteints de MNT de venir chercher leurs médicaments tous les trois mois le samedi matin.

Résultats : sur 5028 patients séropositifs ou atteints de MNT, 44 pour cent pouvaient prétendre au dispositif. Parmi ceux-ci, 1432 (64 pour cent) se sont inscrits aux COT. Quarante-trois patients (2 pour cent) ont été redirigés sur une prise en charge en établissement. Cent-neuf réunions des COT ont eu lieu, au cours desquelles 2208 traitements ont été renouvelés. D'après les réactions des patients, les clubs d'observance sont considérés comme un dispositif satisfaisant, qui permet de gagner du temps et qui constitue une source d'informations sur les maladies et d'entraide entre pairs.

Messages-clés :

- Une intégration réussie de la prise en charge des maladies non transmissibles et du VIH est possible et bénéfique.
- Ces COT ont été mis en place dans une zone à forte densité de population à Nairobi ; des adaptations pourront s'avérer nécessaires dans des contextes différents, par exemple, dans des zones rurales où les distances pour se rendre dans un établissement de santé sont plus importantes.
- Des critères précis ont été définis pour mesurer les progrès des patients et s'assurer de la bonne observance des traitements. Les données consignées dans le registre du COT étaient validées par le personnel de l'établissement avant d'être saisies dans les dossiers des patients.

^{xxxiii} Réactions recueillies auprès de membres de clubs d'observance et de prestataires de services à Kibera (Kenya)

3.3 Délivrance de médicaments décentralisée

Deux possibilités sont exploitées qui permettent de délivrer des médicaments – sous la supervision du personnel médical – en dehors des établissements, au plus près des patients. La première consiste à s'appuyer sur des établissements de santé périphériques existants. La seconde consiste à mettre en place des points de distribution communautaires.

Délivrance de médicaments décentralisée dans des établissements de santé périphériques

Les grands établissements de santé peuvent décentraliser la prise en charge médicale et thérapeutique des patients dans des établissements périphériques (par exemple les postes de santé au Sénégal ou les dispensaires de niveau 2 au Kenya). Ces établissements redirigent les patients vers l'établissement de niveau supérieur en cas de complications. Les résultats en matière de santé pour les patients suivis dans un centre de soins primaires sont généralement aussi bons, voire meilleurs, que ceux des patients suivis à l'hôpital, et le coût par patient de ce mode de prise en charge thérapeutique est inférieur⁶¹.

La décentralisation de la délivrance des médicaments nécessite un surcroît de logistique et de formation. Ce modèle n'a donc de sens que s'il s'adresse à un nombre minimal de patients à préciser. Au Sénégal, par exemple, la prise en charge médicale et thérapeutique au niveau des postes de santé devenait rentable pour un groupe comptant de 10 à 15 patients. Ce nombre varie en fonction du contexte et de la prévalence. Les sites doivent donc procéder à une étude avant de prévoir une décentralisation de la délivrance des traitements.

Délivrance de médicaments décentralisée dans les communautés, assurée par du personnel des établissements de santé

Une délivrance des médicaments par un établissement de santé au plus près des patients peut également se faire à travers des points de distribution communautaires. Les patients se rendent tous les deux ou trois mois au point de distribution pour renouveler leurs traitements, et tous les six ou douze mois dans l'établissement de santé pour y faire des examens. Il est également possible de faciliter ces examens en prélevant les échantillons sanguins au niveau du point de distribution avant de les acheminer au laboratoire de l'établissement où ils seront analysés.

Exemple 16 : Délivrance décentralisée des traitements antirétroviraux – Ziguinchor, Sénégal^{xxxiii}

Contexte : au Sénégal, chacun des 76 districts possède généralement un centre de santé principal qui offre une prise en charge médicale et thérapeutique complète du VIH, ce qui inclut la fourniture des médicaments.

Mesures mises en œuvre dans le district de Bignona (Ziguinchor) : en 2013, le ministère de la Santé a décidé de décentraliser les services en rapport avec le VIH, et notamment la délivrance des traitements, au niveau des postes de santé dans 16 districts. Les districts ont été sélectionnés selon un critère de prévalence. Les postes de santé ont été sélectionnés en fonction de leur zone de couverture, de leur distance au centre de santé principal et de la présence d'un laboratoire local. Les patients viennent chercher leurs médicaments au poste de santé, mais se rendent au centre de santé pour des consultations et des soins dans certains cas (et moins fréquemment).

Résultats : la délivrance décentralisée des médicaments est effective dans huit des trente postes de santé du district de Bignona. Des effets prometteurs ont été observés sur le taux de patients perdus de vue : seulement un pour cent dans les postes de santé contre 17 pour cent dans le centre de santé.

Messages-clés :

- Le personnel a dû être formé pour sensibiliser les médecins à la décentralisation, obtenir leur adhésion et leur soutien total, et atténuer leurs craintes d'un surcroît de travail de supervision.
- Les postes de santé ont dû être réorganisés pour y aménager un espace de consultation séparé (dans un souci de confidentialité) ainsi qu'un espace de stockage suffisant pour les médicaments et les dossiers des patients.

Efficacité observée : les points de distribution communautaires permettent de se rapprocher des patients et de faire baisser le coût de la prise en charge thérapeutique pour l'établissement. Une première analyse montre que les points de distribution communautaires affichent un coût inférieur pour les services rendus (d'environ 20 pour cent par patient et par an), tout en obtenant des résultats similaires voire meilleurs en matière de santé (cf. Figure 9).

MSF a mis en place des PODI similaires à Kinshasa, en République démocratique du Congo^{xxxiv}. Trois PODI ont été ouverts dans toute la ville, ce qui permet à 2500 patients séropositifs d'avoir accès à leur traitement antirétroviral dans la communauté. Une première étude indique que le coût de la délivrance des traitements dans les PODI correspond à 40 pour cent du coût observé dans un centre de santé publique⁶² (la différence étant principalement attribuable à des dépenses de personnel inférieures du fait de la délégation des tâches).

Pour ce qui est des patients, il a été estimé que les frais de transport étaient trois fois plus élevés pour se rendre dans un centre de santé que pour se rendre dans un PODI. En ce qui concerne le temps d'attente moyen, il était de seulement 12 minutes dans les PODI contre 85 minutes dans les centres de santé.

Pour approfondir le sujet

- Guides de MSF :
 - Plus près des patients
 - Guide pour les groupes communautaires TAR
 - Participation communautaire à la délivrance des traitements antirétroviraux, etc.

^{xxxiii} Visites sur le terrain effectuées en 2014-2015 par le Fonds mondial et suites données

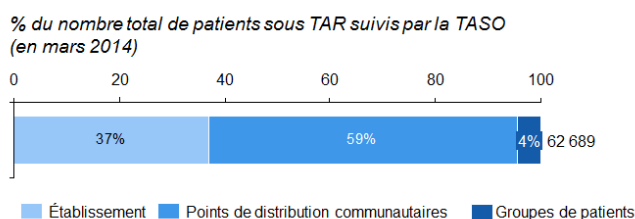
^{xxxiv} PODI signifie « point de distribution » communautaire.

Exemple 17 : Délivrance de médicaments décentralisée dans les communautés –TASO, Ouganda^{xxxv}

Mesures mises en œuvre : tous les deux à trois mois, les patients stables sous traitement antirétroviral retirent leurs médicaments et font réaliser une numération des CD4 par un professionnel de santé dans un PODI. Des patients experts sont chargés d'aider ces patients stables à bien observer leur traitement et de leur rappeler leurs rendez-vous.

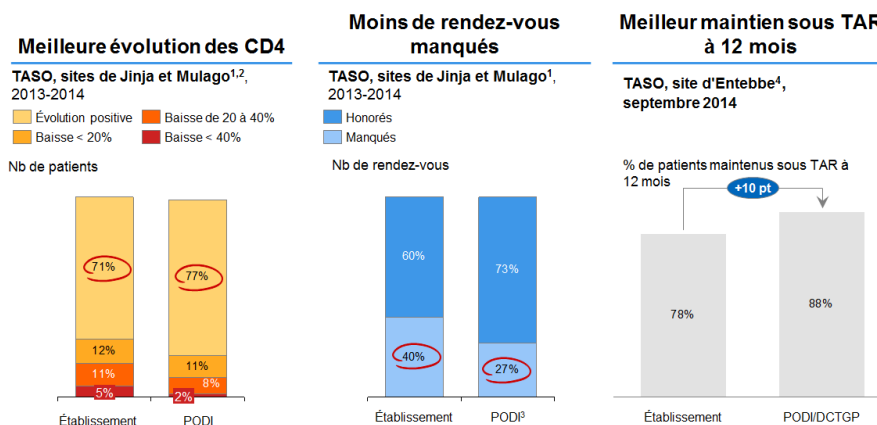
Résultats : près de 60 pour cent des patients sous TAR suivis par la TASO bénéficient d'une prise en charge dans la communauté. Cela a contribué à désengorger l'établissement de santé et à réduire le temps d'attente lors des consultations.

Figure 9 : Répartition des patients suivis par la TASO entre prise en charge thérapeutique en établissement et dans la communauté



Par ailleurs, les résultats observés avec le modèle PODI sont supérieurs ou semblables aux résultats enregistrés avec un modèle basé sur une délivrance des traitements en établissement : meilleure évolution des CD4, taux de rendez-vous manqués inférieur et taux de maintien sous traitement à douze mois supérieur.

Figure 10 : Impact sur les résultats de la mise en place de PODI par la TASO^{xxxvi}



Messages-clés :

- Des critères précis d'admissibilité et d'exclusion ont été établis pour les modèles communautaires, à savoir : traitement antirétroviral commencé depuis plus de dix semaines ; patient stable sur le plan clinique avec une numération des CD4 supérieure à 350 ; observance du traitement supérieure à 95 % ; consentement du patient.
- Le modèle des PODI a permis d'obtenir des résultats aussi bons voire meilleurs qu'avec un modèle classique basé sur une fourniture des traitements en établissement pour les patients stables.

^{xxxv} Visites sur le terrain effectuées en 2014-2015 par le Fonds mondial et suites données

^{xxxvi} 1. Données provenant des sites TASO de Jinja et de Mulago (déc. 2012-sept. 2014)

2. N'incluent que des patients ayant effectué au moins deux numérations des CD4 sur la période avec au moins une numération > 350

3. Patients du PODI avant décembre 2012

4. Données du site TASO d'Entebbe ; patients de la cohorte toujours sous traitement fin septembre 2014 après 12 mois (TAR commencé entre juillet et septembre 2013)

Exemple 18 : Expansion des traitements de brève durée sous surveillance directe au niveau communautaire – Tanzanie⁶³

Contexte : malgré la mise en œuvre depuis 1986 de la stratégie des traitements de brève durée sous surveillance directe (DOTS) en Tanzanie, les traitements étaient encore essentiellement administrés dans des établissements de santé en 2004. Des ressources insuffisantes avaient limité l'expansion des DOTS. Les patients tuberculeux, dont beaucoup étaient également séropositifs, devaient fréquenter des services bondés, d'où un mécontentement provoqué par les longues heures d'attente et les pertes de revenu qui en découlaient.

Mesures mises en œuvre : un système de DOTS a été mis en place au niveau communautaire, basé sur la présence de « surveillants » (membre de la famille ou proche vivant avec le patient) ou de patients tuberculeux guéris vivant à proximité du domicile du patient, chargés d'administrer le traitement antituberculeux aux patients et d'en observer les effets.

Résultats : les taux de réussite des traitements pour les patients traités en établissement et dans la communauté ont atteint respectivement 85 pour cent et 83 pour cent⁶⁴ des objectifs fixés au niveau national. L'administration des DOTS au niveau communautaire a permis de réduire de 35 pour cent le coût de la prise en charge thérapeutique, à raison de 27 pour cent pour les établissements de santé et 72 pour cent pour les patients⁶⁵. Cette baisse était principalement due à la diminution du nombre des visites dans les établissements. Une étude qualitative a montré que 75 pour cent des patients étaient satisfaits du système et le préféraient à une prise en charge en établissement pour des raisons de commodité, de coût et de gain de temps⁶⁶.

Messages-clés :

- Une supervision et une surveillance efficaces des patients et des personnes chargées d'administrer les traitements sont nécessaires pour suivre les progrès réalisés et garantir le succès du système.
- Les DOTS au niveau communautaire ne sont viables que si le système mis en place est satisfaisant et adapté aux besoins des patients et de la communauté. Dans ce cas, l'acceptabilité et l'efficacité des DOTS au niveau communautaire ont été étudiées dans certains environnements afin de déterminer comment adapter au mieux le système au contexte local.

Délivrance de médicaments dans la communauté, assurée par des groupes de patients

Ce mode de délivrance hors établissement est semblable aux clubs d'observance décrits précédemment. Les membres d'un groupe de patients stables sous TAR vivant au même endroit se relaient pour aller chercher les traitements de l'ensemble du groupe dans un établissement de santé ou dans un PODI. Les membres du groupe s'entraident également en matière d'observance et de suivi des résultats. Chaque membre est vu en consultation et subit des tests sanguins lorsqu'il se rend dans l'établissement de santé ou au point de distribution communautaire pour récupérer les traitements du groupe, ou lors de la consultation annuelle de l'ensemble du groupe.



Ce modèle peut être adapté de différentes manières. Une variante consiste à élire un responsable de groupe chargé de récupérer les médicaments dans l'établissement ou dans un PODI pour les redistribuer ensuite aux autres patients. Dans ce cas, les membres contribuent généralement aux frais de transport du

responsable. Tous les patients sont tenus de se rendre tous les 6 à 12 mois dans l'établissement de santé ou dans un PODI pour une consultation médicale.

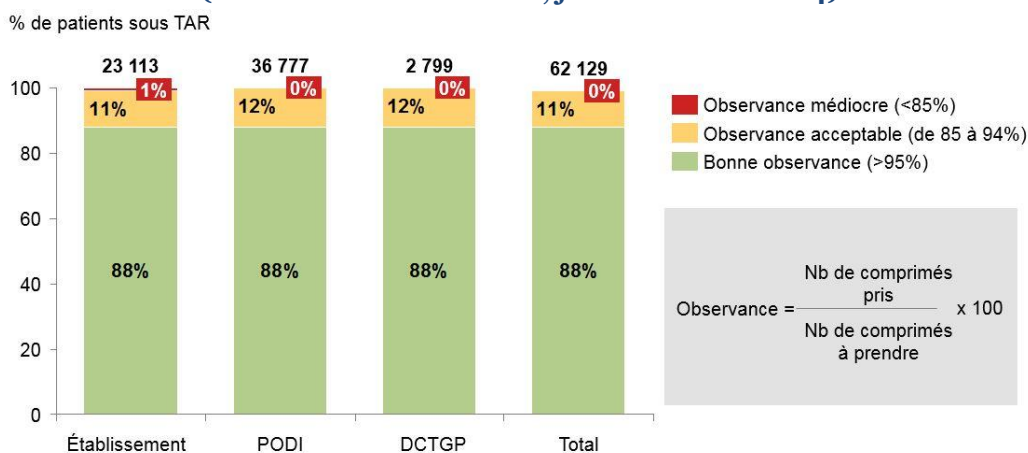
Pour les patients, ce système permet de réduire le nombre de visites, avec les économies et les gains de temps que cela implique. Pour les établissements, cela permet de diminuer la fréquence des visites. Les groupes apportent également un soutien supplémentaire aux patients, permettent de repérer immédiatement des patients perdus de vue et possèdent un potentiel de mobilisation communautaire. Ils aident à maintenir les patients sous traitement et contribuent à améliorer leur état de santé⁶⁷, tout en réduisant le coût de la prise en charge thérapeutique.

Exemple 19 : Distribution communautaire des TAR gérée par des patients (DCTGP) – TASO, Ouganda^{xxxvii}

Mesures mises en œuvre : pour la DCTGP, la délivrance des médicaments a été en partie déléguée à des patients impliqués dans le fonctionnement du PODI, qui ont été divisés en groupes d'entraide entre pairs (GEP). Le responsable d'un GEP avait pour tâche de se rendre au PODI pour y retirer les traitements antirétroviraux de tous les membres de son groupe.

Résultats : par rapport aux modèles basés sur une délivrance des traitements en établissement de santé ou dans les communautés par du personnel des établissements, les modèles de type DCTGP ont produit des résultats thérapeutiques similaires.

Figure 11 : Impact des différents modes de délivrance des traitements sur l'observance (tous les sites de la TASO, janvier à mars 2014)



Messages-clés :

- Des critères précis d'admissibilité et d'exclusion des patients ont été définis. Les critères pour bénéficier de la DCTGP étaient les suivants : traitement antirétroviral commencé depuis plus de quatre ans, patient stable sur le plan clinique avec une numération des CD4 supérieure à 350, observance du traitement supérieure à 95 pour cent et consentement du patient. Les critères d'exclusion étaient les suivants : enfants, femmes et adolescentes enceintes, observance médiocre, mauvaise réaction au traitement antirétroviral (numération des CD4 régulièrement inférieure à 350 depuis plus de six mois), co-infection par la tuberculose ou présence de malignité.
- Un outil simple de collecte de données assurant le suivi des indicateurs-clés des patients a été mis au point avec l'aide de pairs-animateurs. Ceux-ci remplissent les fiches de tous les membres d'un groupe, puis les transmettent à l'établissement de santé où elles seront contrôlées par des cliniciens et des prestataires de soins. L'équipe de suivi-évaluation transcrit ces informations dans le registre TAR de l'établissement, afin de s'assurer que les données sont saisies dans un système principal unique (qui alimente à son tour le système national de communication des données).
- Le conditionnement préalable des médicaments, qui sont étiquetés et emballés séparément, facilite la distribution des traitements. Si les médicaments sont remis aux patients par des personnes extérieures à la pharmacie, le personnel de la pharmacie doit préparer, emballer et étiqueter le traitement de chaque patient.
- Les frais de transport du responsable chargé d'aller chercher les traitements étaient couverts par une contribution modique versée par les membres (7 à 10 patients) du groupe concerné.

^{xxxvii} Visites sur le terrain effectuées en 2014-2015 par le Fonds mondial et suites données

Exemple 20 : Groupes communautaires TAR – Thyolo, Malawi⁶⁸

Contexte : au Malawi, les services chargés des traitements antirétroviraux ont été décentralisés en 2003. La délivrance des traitements continuait toutefois à se faire dans des établissements de santé. Avec l'élargissement de la couverture de la prise en charge thérapeutique, les agents de santé ont vu leur charge de travail augmenter.

Mesures mises en œuvre : en 2012, MSF a aidé le ministère de la Santé à mettre en place des groupes communautaires TAR (GCT) pour les patients stables. Des représentants des GCT se rendent dans des établissements de santé tous les deux mois pour renouveler les traitements des patients membres du groupe. Les patients consultent une fois par an et font un test de charge virale une fois tous les deux ans.

Fin 2013, plus de 1500 patients sous traitement antirétroviral étaient regroupés dans plus de 250 GCT assistés par quatre établissements de santé implantés dans la région rurale entourant la ville de Thyolo. L'aide des établissements porte sur la mise en place des GCT, la formation de leurs membres et le suivi de leurs activités.

Résultats : le nombre moyen de passages dans les établissements pour renouveler un TAR est passé de 6,5 à 2,6 par patient et par an (soit une diminution de 62 pour cent) dix mois après la mise en place des GCT. Le ministère de la Santé envisage maintenant une généralisation des GCT dans le pays.

Messages-clés :

- Cette approche nécessite une gestion efficace de la chaîne d'approvisionnement en médicaments dans les sites périphériques, de manière à garantir un approvisionnement constant, flexible et rapidement adaptable à l'évolution de la demande.
- Le conditionnement préalable des médicaments facilite la distribution des traitements aux différents patients. Si les médicaments sont remis aux patients par des personnes extérieures à la pharmacie, le personnel de la pharmacie doit préparer, emballer et étiqueter le traitement de chaque patient.
- La mise en place des GCT nécessite certaines ressources pour préparer les assistants chargés de la surveillance sanitaire qui devront créer, former et superviser les GCT. Cet investissement servira à développer une structure de soutien essentielle pour éviter d'éventuels problèmes pendant la mise en œuvre.
- Le risque d'échec thérapeutique existe toujours pour des patients stables, malgré l'absence de signes cliniques. Un test annuel de charge virale aidera à s'assurer de la bonne observance des traitements par les patients. La possibilité d'une surveillance de la charge virale n'est pas une condition préalable à la mise en place de GCT, mais il s'agit d'un facteur important qui simplifiera les critères d'admissibilité et le suivi.

Exemple 21 : Traitement auto-administré contre la tuberculose pharmacorésistante en phase de continuation – Khayelitsha, Afrique du Sud⁶⁹

Contexte : Khayelitsha est une ville située dans la banlieue du Cap en Afrique du Sud, où près de 200 cas de tuberculose pharmacorésistante sont détectés chaque année. En 2007, l'incidence croissante de la tuberculose pharmacorésistante a incité MSF à tester un modèle décentralisé de prise en charge des patients atteints de cette forme de tuberculose. Les patients continuaient toutefois à devoir se rendre quotidiennement dans un centre de soins primaires pour y suivre un DOTS, et ce pendant toute la durée du traitement.

Mesures mises en œuvre : à la mi-2012, MSF a lancé un modèle de traitement auto-administré (TAA) pour les patients atteints de tuberculose pharmacorésistante en phase de continuation. Ce modèle soutenu par la communauté proposait une alternative aux traitements de brève durée sous surveillance quotidienne directe en établissement. Un traitement auto-administrable contre la tuberculose pharmacorésistante a été délivré régulièrement (pour une semaine ou un mois) à des patients choisis pour leur bonne observance. Les patients ont également bénéficié de conseils individualisés visant à recenser et à éliminer certains obstacles à une bonne observance, de visites à domicile hebdomadaires et d'un soutien constant d'un agent de santé communautaire. Les patients ont en outre été invités à se trouver un « partenaire de traitement » chargé de leur apporter un soutien à la maison ou au travail.

Résultats : entre juillet 2012 et décembre 2014, 161 patient potentiellement admissibles ont été identifiés, dont 133 (83 pour cent) ont été approuvés pour passer au TAA. Il a été encourageant de constater que ce modèle de prise en charge n'avait pas entraîné de baisse du taux de réussite des traitements. Une analyse plus approfondie des résultats thérapeutiques obtenus avec ce projet pilote est attendue en 2016.

Messages-clés :

- Un processus et des critères stricts sont utilisés pour sélectionner les patients admissibles au TAA. Une équipe pluridisciplinaire s'est réunie chaque semaine pour sélectionner les patients. Les critères d'exclusion étaient les suivants : problèmes d'observance antérieurs ; préférence du patient pour un DOTS en établissement ; problèmes liés au VIH ; mauvais état de santé ; possibilité d'échec thérapeutique.
- Un processus de suivi est nécessaire, d'une part, pour observer les progrès des patients et repérer les nouveaux problèmes qui nuisent à l'observance, et d'autre part, pour faire ressortir et examiner les inquiétudes des patients et leur apporter un soutien affectif ou des encouragements en cas de besoin. Les agents de santé communautaires peuvent assurer le suivi des patients dans le cadre de visites hebdomadaires. Les partenaires de traitement au travail ou à la maison, identifiés et conseillés par le personnel de l'établissement de santé, peuvent également faire part de leurs commentaires à l'établissement.

4 Par où commencer ?

4.1 Définir le plan

Les principaux éléments du plan de mise en œuvre sont les suivants :

- *Désignation d'une personne chargée* de diriger l'analyse, de proposer le mode de délivrance des traitements et de rendre compte des progrès accomplis ;
- *Élaboration d'un calendrier précis* de mise en œuvre comportant des étapes-clés ;
- *Planification de la communication* au personnel et aux patients.
- *Réalisation d'études* avant le démarrage, notamment :
 - Évaluation de la pertinence pour le site des différentes options en fonction des procédures en vigueur concernant la délivrance des traitements, de l'importance des populations présentant un risque accru d'infection par le VIH et des besoins particuliers (par exemple populations-clés, nourrissons, enfants et adolescents), de l'accessibilité des services et des groupes de patients ;
 - Hiérarchisation des approches pertinentes qui devraient être mises en œuvre. Il est généralement plus prudent de mettre en œuvre les nouveaux modes de délivrance des médicaments un par un, de sorte que le personnel puisse gérer plus facilement d'éventuelles perturbations et que les établissements puissent tirer des leçons de l'expérience.
 - Évaluation des obstacles actuels à la prestation de services et des ressources disponibles.

Points à vérifier avant la mise en œuvre

Doivent être clairement définis :

- La personne responsable
- Les priorités
- Le plan de travail
- Le plan de communication

4.2 Évaluation des besoins en ressources

Il se peut que la mise en place d'un mode différencié de délivrance des traitements nécessite une certaine réorientation des ressources ou un petit investissement de départ dans la formation et/ou dans du matériel supplémentaire :

- *Formation, supervision et suivi des modes de délivrance* : les établissements doivent s'assurer que ces tâches sont clairement définies et assignées à certains membres du personnel ;
- *Former le personnel* à l'organisation de séances de conseil collectives et d'entretiens de santé ciblés ;
- *Soigner la communication* auprès du personnel et des patients sur les modèles de prestation différenciée (panneaux d'affichage, brochures, affiches murales, etc.) ;
- *Évaluer les besoins* en répondant notamment aux questions suivantes : l'établissement entend-il élargir ses heures d'ouverture ou encore ouvrir le weekend ? Faudra-t-il prévoir des contreparties financières pour le personnel en place ou embaucher du personnel supplémentaire ?
- *Investissement de départ* dans du matériel supplémentaire et/ou dans des mesures visant à prévenir la transmission de la tuberculose.

4.3 Comprendre les besoins et les obstacles propres aux groupes de patients

Les établissements peuvent se tourner vers les patients et les professionnels de santé pour :

- Effectuer un premier recensement des groupes de patients ;
- Comprendre les besoins et les contraintes spécifiques de chaque groupe de patients ;

- Identifier les obstacles concernant l'établissement, qui empêchent certains groupes d'accéder aux services ;
- Tester le modèle de prestation sélectionné avant sa mise en œuvre.

Les moyens suivants, entre autres, permettront de rassembler des informations sur les besoins et les obstacles relatifs à l'établissement :

- *Discussions informelles* : discussions informelles lors de réunions du personnel ; discussions avec des patients lors des entretiens de sortie ou pendant qu'ils attendent un traitement. Ces discussions permettent de se faire une idée des préférences des patients et des obstacles qu'ils rencontrent pour bénéficier d'un traitement. Les conclusions de ces discussions doivent être synthétisées et communiquées à la direction ;
- *Entretiens de groupes* : menés avec les agents de santé (médecins, personnel infirmier, bénévoles) ou avec des groupes de patients particuliers. Les responsables d'établissements devront sélectionner un certain nombre de patients dans les différents groupes. Un groupe de discussion typique compte de 5 à 15 personnes qui seront interrogées pendant 1 à 2 heures. La discussion sera animée soit par un intervenant extérieur, soit par un membre du personnel expérimenté dans l'animation de groupes de discussion ;
- *Enquêtes* : un questionnaire anonyme est distribué au personnel ou aux patients qui attendent dans l'établissement ; les réponses sont ensuite collectées, puis analysées. Les enquêtes anonymes permettent de toucher un grand nombre de patients qui pourront répondre librement aux questions posées.

Une fois les informations recueillies auprès des patients, celles-ci devront être analysées par rapport aux services actuellement rendus dans l'établissement, afin d'apporter des éléments qui permettront d'opérer des choix pertinents concernant la prise en charge médicale et thérapeutique.

Outil 1 : Exemple d'enquête sur les préférences et les besoins des patients

Outil 2 : Exemple de modèle pour mesurer le temps d'attente et la satisfaction des patients

Outil 5 : Exemples d'activités pour les groupes de discussion

4.4 Lancer la mise en œuvre

Définir les critères d'admissibilité et les procédures d'orientation des patients

Les sites doivent définir des critères précis permettant d'établir qui parmi les patients pourra bénéficier d'une prise en charge différenciée. Par exemple, les critères d'accès à une procédure accélérée de renouvellement des traitements ressembleront vraisemblablement à ce qui suit, même si quelques adaptations au contexte local peuvent s'avérer nécessaires :

- *Depuis combien de temps le patient est-il sous TAR ?* – plus de 6 à 12 mois de préférence ;
- *Depuis combien de temps le patient suit-il le même protocole thérapeutique ?* – au moins trois mois de préférence ;
- *Groupes de population* – patients de plus de 18 ans, en dehors d'une période de grossesse pour les femmes ;
- *Réaction au traitement antirétroviral* – une charge virale indétectable, si l'analyse peut être réalisée régulièrement ; sinon, une bonne observance du traitement, prouvée par un moyen de mesure objectif (par exemple dossier pharmaceutique) ;
- *État de santé général* – absence de maladie, poids et état nutritionnel stables.

Notez que même lorsque des patients remplissent tous les critères, la décision d'opter pour un nouveau mode de délivrance de leur traitement leur revient entièrement. Le médecin sera en mesure de proposer plusieurs options à ses patients en fonction de leur état clinique, et chaque patient devra être libre de choisir parmi ces options en fonction de sa situation et de ses préférences personnelles.

Si des problèmes de santé surviennent, il pourra s'avérer nécessaire de renvoyer certains patients vers l'établissement de santé où ils pourront bénéficier d'un meilleur suivi. Tout patient pourra décider à tout moment de revenir à un mode de prise en charge classique du VIH en établissement. On pourra en outre mettre en place des procédures particulières pour orienter certains patients vers le clinicien/l'établissement de santé, afin qu'ils puissent être suivis de plus près. Cela concerne notamment les patients suivants :

- Patients dont le diagnostic d'infection par la tuberculose ou par toute autre maladie opportuniste évolutive vient d'être posé ;
- Patients dont la charge virale est passée au-dessus de 1000 copies/mL ou présentant tout au signe clinique ou immunologique d'échec thérapeutique (par exemple une baisse de la numération des CD4) ;
- Patients présentant des effets secondaires liés à la toxicité des médicaments (par exemple une anémie).

Outil 7 : Critères d'admissibilité établis par MSF pour intégrer un groupe communautaire TAR7°

Familiarisation et formation des prestataires de santé

Les agents de santé et autres prestataires de services en contact direct avec les patients doivent se familiariser avec les modèles proposés et être formés pour, d'une part, mettre en œuvre le mode de délivrance retenu, et d'autre part, saisir les données et tenir à jour les dossiers qui serviront à l'analyse future des résultats. Tous les nouveaux employés doivent bénéficier de séances de formation régulières. Il s'agit concrètement des personnes suivantes :

- *Cliniciens/personnel infirmier/conseillers* : ils devront promouvoir le mode de délivrance retenu ; ils devront également pouvoir renseigner les patients sur les différentes options proposées et encourager les patients admissibles à y souscrire ; ils doivent en outre savoir comment transférer ou orienter un patient lorsque le cas se présente ;
- *Agents de santé primaire/agents de santé communautaires/patients experts* : ils devront comprendre comment fonctionne le modèle et comment utiliser les outils permettant d'évaluer et de suivre l'état de santé des patients. Avant la mise en œuvre, une formation doit être dispensée et tout motif d'inquiétude doit être abordé.

La délivrance différenciée des médicaments engendrera également quelques tâches supplémentaires qui devront être exécutées par différents cadres de personnel. Ces tâches sont décrites dans l'*outil 8*.

Outil 8 : Tâches supplémentaires engendrées par une différenciation de la délivrance des médicaments

Sensibilisation des patients aux différents modèles

Ainsi qu'il a déjà été dit dans le module 2, les patients doivent disposer d'informations suffisantes leur permettant de prendre une décision éclairée quant au mode de délivrance des traitements qui leur convient le mieux. Des entretiens de santé menés dans les salles d'attente, les groupes d'entraide, des visites à domicile organisées par des agents de santé communautaires, des discussions avec des médecins et des

séances de conseils sur l'observance sont autant de moyens qui aideront les patients à prendre une décision en connaissance de cause. Ces messages pourront être renforcés par des affiches et des brochures disponibles dans l'établissement et les locaux d'organisations communautaires.

Les principaux éléments d'information à communiquer sont les suivants :

- Les différents modes de délivrance proposés ;
- Le fonctionnement de ces modes de délivrance ;
- Les patients qui peuvent en bénéficier ;
- Les personnes à contacter.

Outil 2 : Exemple d'affiche sur les clubs d'observance des TAR

4.5 Planification de la gestion des approvisionnements en médicaments et des opérations

Si l'établissement souhaite mettre en place l'espace des rendez-vous et le renouvellement accéléré des traitements, la pharmacie doit disposer de stocks suffisants pour pouvoir délivrer de trois à quatre mois de traitement aux patients (en fonction de la durée de renouvellement maximale autorisée par les directives nationales). Pour les autres modèles, il est important de veiller à ce que les sites périphériques et les communautés reçoivent la bonne quantité de médicaments par l'intermédiaire d'un système efficace garantissant la qualité des médicaments et un approvisionnement constant.

Un système d'approvisionnement souple et sûr comprend trois étapes :

- *Planification* : prévoir et commander à l'avance les quantités de médicaments nécessaires en fonction du nombre de patients et des changements induits par le mode de délivrance choisi (par exemple une période de renouvellement plus longue pourra exiger de passer d'une planification mensuelle des approvisionnements à une planification trimestrielle ou annuelle) ;
- *Gestion du transport et de la logistique* : les modes de délivrance s'appuyant sur des sites périphériques ou sur des modèles communautaires nécessitent des médicaments pré-emballés ou distribués à chaque patient (par exemple PODI et groupes communautaires TAR) ;
- *Suivi de la consommation* : il se peut que la personne responsable de la pharmacie ait besoin de nouveaux outils, ou d'adapter des outils existants, pour assurer le suivi des médicaments dispensés à l'extérieur de l'établissement en comparant les quantités sorties de la pharmacie avec les quantités remises aux patients.



4.6 Suivre la mise en œuvre

Les responsables de programmes et d'établissements doivent surveiller certains indicateurs-clés pour s'assurer de l'efficacité de la mise en œuvre. Les sites devront comparer les valeurs de référence (avant la mise en œuvre d'un mode de délivrance différencié) aux valeurs enregistrées après un certain temps (à définir) d'application du nouveau mode de délivrance : les différences aideront à évaluer les effets d'une délivrance différenciée des médicaments.

Les établissements devront également surveiller les résultats et les coûts d'une prestation de services différenciée. Très souvent, ces indicateurs font déjà partie des données collectées systématiquement. Les indicateurs utiles à surveiller pour suivre les progrès accomplis sont notamment les suivants :

- Nombre de patients vus par les agents de santé chaque jour ;
- Temps moyen d'attente des patients dans l'établissement ;
- Pourcentage de patients « satisfaits » ou « très satisfaits » de la délivrance des médicaments dans l'établissement ;
- Pourcentage de visites pour renouvellement d'un traitement manquées par des patients des groupes cibles sur une certaine période ;
- Pourcentage de patients des groupes cibles actuellement sous traitement antirétroviral depuis au moins 6 mois ;
- Maintien sous TAR des patients issus de groupes cibles sur douze mois ;
- Pourcentage de patients sous TAR issus de groupes cibles, dont la charge virale est indétectable ou, lorsque le test de charge virale n'est pas disponible, dont la bonne observance du traitement est prouvée ;
- Taux de réussite des traitements antituberculeux pour tous les nouveaux cas d'un groupe de patients.

Outil 2 : Exemple de modèle pour mesurer le temps d'attente et la satisfaction des patients

Outil 3 : Exemples de tableaux pour contrôler l'efficacité d'une prise en charge différenciée

Outil 6 : Exemple d'un outil de surveillance des traitements antirétroviraux

VI. Outils pour des approches différenciées

Sommaire

<i>Outil 1</i> : Exemple d'enquête sur les préférences et les besoins des patients	66
<i>Outil 2</i> : Exemple de modèle pour mesurer le temps d'attente et la satisfaction des patients	68
<i>Outil 3</i> : Exemples de tableaux pour contrôler l'efficacité d'une prise en charge différenciée	69
<i>Outil 4</i> : Exemple d'affiche sur les clubs d'observance des TAR	71
<i>Outil 5</i> : Exemples d'activités pour les groupes de discussion	73
<i>Outil 6</i> : Exemple d'un outil de surveillance des traitements antirétroviraux	76
<i>Outil 7</i> : Critères d'admissibilité établis par MSF pour intégrer un groupe communautaire TAR (GCT)	77
<i>Outil 8</i> : Tâches supplémentaires engendrées par une différenciation de la délivrance des médicaments	78

Outil 1 : Exemple d'enquête sur les préférences et les besoins des patients

Profil des personnes interrogées					
Quel est votre genre ?		FEMME	HOMME	AUTRE	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si vous êtes une femme, êtes-vous enceinte ?		Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Quel âge avez-vous ?		Moins de 20 ans	De 20 à 35 ans	De 36 à 50 ans	Plus de 50 ans
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quel métier exercez-vous ?					
Avez-vous eu un résultat positif à un test de dépistage du VIH ?			Oui	<input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous eu un résultat positif à un test de dépistage de la tuberculose ?			Oui	<input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Recensement des obstacles au traitement du point de vue des patients					
Vous venez dans l'établissement...					
Une fois par semaine	Deux fois par mois	Une fois par mois	Une fois tous les deux mois	Une fois tous les trois mois	Moins d'une fois tous les trois mois
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Combien de temps passez-vous habituellement dans l'établissement ?					
Moins de 30 min	De 30 à 60 min	Entre 1 h et 2 h	Entre 2 h et 4 h	Plus de 4 h	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
À quelle distance de l'établissement vivez-vous ?					
Combien de temps vous faut-il pour venir dans l'établissement ?					
Avez-vous déjà manqué un rendez-vous ? Si oui, pour quelles raisons ?			Oui	<input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Pendant que vous attendez dans l'établissement, vous sentez-vous gêné(e) par la présence d'autres patients ? Si oui, pouvez-vous dire pourquoi ?			Oui	<input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Choisissez-vous l'heure de votre visite en fonction du type de patient que vous vous attendez à rencontrer dans l'établissement ? Si oui, pouvez-vous dire pourquoi ?			Oui	<input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>













Vous sentez-vous à l'aise dans vos contacts avec les agents de santé ?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Estimez-vous qu'ils vous écoutent et qu'ils comprennent vos besoins ?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Considérez-vous que les agents de santé sont parfaitement compétents pour vous traiter ?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Estimez-vous que vous passez assez de temps avec le médecin lors de vos passages dans l'établissement ?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>

Recensement des obstacles au traitement du point de vue des agents de santé

Estimez-vous que vous pouvez consacrer suffisamment de temps aux patients ?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
.....				
Considérez-vous que vous disposez de tout le matériel nécessaire pour mener à bien les tâches qui vous incombent ?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
.....				
Pensez-vous avoir besoin d'une aide supplémentaire de la part de vos collègues pour mener à bien les tâches qui vous incombent ?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
.....				
Pensez-vous que les échanges que vous avez avec les patients (lors des entretiens de santé notamment) sont suffisamment ciblés pour répondre à leurs besoins spécifiques ?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
.....				

Outil 2 : Exemple de modèle pour mesurer le temps d'attente et la satisfaction des patients

Le tableau ci-dessous est un modèle que les établissements de santé pourront utiliser pour mesurer les temps d'attente sur le site et la satisfaction des patients par rapport au service rendu. Avec ces informations, les sites pourront percevoir l'importance de gérer les temps d'attente pour améliorer la satisfaction des patients.

N° du patient	À quelle heure êtes-vous arrivé dans l'établissement ?	Heure de départ/sortie	Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de l'amélioration de votre état de santé ces douze derniers mois/depuis que vous avez commencé votre traitement ?	Dans quelle mesure êtes-vous satisfait des services rendus dans l'établissement ?
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Outil 3 : Exemples de tableaux pour contrôler l'efficacité d'une prise en charge différenciée^{xxxviii}

Tableau pour des modes de dépistage différenciés^{xxxix}

Catégorie	Indicateur	Élément de comparaison pertinent	Valeur de référence	Valeur réelle	Écart (%)
Rapport coût-efficacité	Coût du mode de dépistage sur nombre de cas positifs détectés	Autres modes de dépistage			
	Coût du mode de dépistage sur nombre total de personnes dépistées				
	Part du dépistage dans le total des dépenses de l'établissement	Directives nationales			
Efficacité	Nombre de cas positifs sur nombre de personnes testées	Autres modes de dépistage			
Lien avec la prise en charge	Nombre de patients testés positifs commençant un traitement dans l'établissement durant le mois qui suit sur nombre de cas positifs détectés	Le but est d'arriver à 100 %.			

Table pour des modes de prise en charge médicale et thérapeutique différenciés

Catégorie	Indicateur	Source	Valeur de référence	Valeur réelle	Écart (%)
Productivité	Nombre moyen de patients vus par chaque agent de santé en une journée	Registre des patients			
Résultats	% de patients des groupes cibles actuellement sous traitement antirétroviral	Dossiers des patients, potentiellement déjà communiqué au programme national			
	% de maintien sous TAR des patients issus de groupes cibles sur 12 mois (VIH)	Études de cohortes, potentiellement déjà communiqué au programme national			
	% de patients des groupes cibles dont la charge virale est indétectable	Surveillance de la charge virale des patients			
	% de réussite des traitements antituberculeux pour tous les nouveaux cas d'un groupe de patients	Dossiers des patients, potentiellement déjà communiqué au programme national			
Satisfaction des patients	Temps moyen d'attente (en h) des patients dans l'établissement	Cf. modèle Outil 2			
	% de patients « satisfaits » ou « très satisfaits » du service rendu par l'établissement	Entretiens de sortie			
	% de rendez-vous manqués par des patients des groupes cibles sur une certaine période	Registre des patients			


^{xxxviii} Pour des conseils sur les données utilisées dans les indicateurs nationaux et mondiaux concernant le VIH, se reporter aux Lignes directrices unifiées de l'OMS sur les informations stratégiques relatives à l'infection à VIH dans le secteur de la santé.

^{xxxix} *Efficience* : il convient d'être prudent dans l'interprétation de cet indicateur ; les variations peuvent être dues soit à une variation de l'incidence, soit à une plus grande efficacité du mode de dépistage.

Tableau pour des modes de délivrance des médicaments différenciés

Catégorie	Indicateur	Source	Valeur de référence	Valeur réelle	Écart (%)
Productivité	Nombre moyen de patients vus par chaque agent de santé en une journée	Registre des patients			
	Nombre de patients inscrits dans des groupes spécifiques pour l'approche retenue	Dossiers ou registre des patients			
Résultats	% de patients des groupes cibles actuellement sous traitement antirétroviral	Dossiers des patients, potentiellement déjà communiqué au programme national			
	% de maintien sous TAR des patients issus de groupes cibles sur 12 mois (VIH)	Études de cohortes, potentiellement déjà communiqué au programme national			
	% de patients des groupes cibles dont la charge virale est indétectable	Surveillance de la charge virale des patients			
	% de réussite des traitements antituberculeux pour tous les nouveaux cas d'un groupe de patients	Dossiers des patients, potentiellement déjà communiqué au programme national			
Satisfaction des patients	Temps moyen d'attente (en h) des patients dans l'établissement	Cf. modèle Outil 2			
	% de patients « satisfaits » ou « très satisfaits » du service rendu par l'établissement	Entretiens de sortie			
	% de rendez-vous manqués dans les groupes cibles sur une certaine période donnée	Registre des patients			

Outil 4 : Exemple d'affiche sur les clubs d'observance des TAR (traduction page suivante)



WHAT IS AN ARV ADHERENCE CLUB?

30 people with no problems on ARVs meet every 2 months:

- ▶ Get to know and support each other
- ▶ Get 2 months supply of ARVs
- ▶ Get clinical check up once a year

HOW WILL JOINING A CLUB HELP YOU?

- ▶ Quick and friendly
- ▶ Only meet every 2 months
- ▶ You can join a club that meets before work and at some clinics after work
- ▶ You may be able to join a club that meets closer to your home than your clinic



HOW DO YOU QUALIFY TO JOIN A CLUB?

- ▶ You have taken ARVs for more than 12 months
- ▶ Your last 2 viral loads are undetectable
- ▶ You always come to your clinic for your appointments and treatment

HOW DO YOU JOIN A CLUB?

1

ASK YOUR NURSE TO CHECK IF YOU QUALIFY

2

IF YOU DO QUALIFY, ASK YOUR NURSE TO REFER YOU TO A CLUB

3

ENSURE YOU HAVE THE DATE OF YOUR FIRST CLUB VISIT

4

COME ON TIME TO YOUR FIRST CLUB VISIT

**QU'EST-CE QU'UN CLUB
D'OBSERVANCE DES
TRAITEMENTS
ANTIRÉTROVIRAUX ?**

30 personnes sous TAR ne présentant pas de problèmes se réunissent tous les 2 mois :

- Rencontre et entraide
- Un traitement renouvelé pour 2 mois
- Un bilan médical une fois par an

**EN QUOI UN CLUB PEUT-IL
VOUS AIDER ?**

- Rapide et convivial
- Seulement une réunion tous les 2 mois
- Vous pouvez adhérer à un club qui se réunit avant les heures de travail ou, dans certains établissements, après les heures de travail
- Possibilité d'adhérer à un club situé plus près de chez vous que votre établissement de santé

**QUELS SONT LES
CONDITIONS
D'ADHÉSION ?**

- Vous prenez des antirétroviraux depuis plus de 12 mois
- Vos 2 dernières charges virales sont indétectables
- Vous ne manquez jamais les rendez-vous fixés par votre établissement de santé (consultations, renouvellements de traitement)

**COMMENT DEVENIR
MEMBRE ?**

1. VÉRIFIEZ AVEC LE PERSONNEL INFIRMIER SI VOUS REMPLISSEZ LES CONDITIONS
2. SI OUI, DEMANDEZ À ÊTRE ORIENTÉ VERS UN CLUB
3. ASSUREZ-VOUS QU'UNE DATE A ÉTÉ FIXÉE POUR VOTRE VISITE AU CLUB
4. VENEZ À L'HEURE POUR VOTRE PREMIÈRE VISITE

Outil 5 : Exemples d'activités pour les groupes de discussion

Le site de la TASO situé à Jinja, en Ouganda, est un centre de santé spécialisé dans le VIH, implanté dans une zone périurbaine. Vingt-six agents de santé, dont la moitié de bénévoles, reçoivent environ 120 patients par jour.

En mai 2015, le site de Jinja a organisé quatre groupes de discussion dans le but de savoir ce qui importait aux patients et de recenser les obstacles auxquels ceux-ci étaient confrontés.

L'établissement a sélectionné des groupes de 8 à 12 patients, qui ont participé à une discussion ouverte avec des animateurs choisis par l'établissement.

Chaque séance, qui comprenait quatre activités principales, durait environ deux heures.

- **Tour de table (20 min)** : les patients ont été invités à se présenter en indiquant leur nom, leur âge, leur profession, leur état civil et l'année durant laquelle leur traitement avait débuté. On leur a en outre demandé s'ils avaient manqué un rendez-vous depuis le début de leur traitement, ou s'ils avaient oublié de prendre leurs médicaments une ou plusieurs fois au cours des trois mois écoulés.
- **Schématisation heuristique (60 min)** : les animateurs ont commencé en posant la question suivante aux patients : « Qu'attendez-vous de votre prise en charge thérapeutique au centre de la TASO ? » Les patients ont été invités à donner leur avis et à faire part de leur expérience. Les principales idées/contributions ont été écrites sur le tableau.
- **Visages expressifs (20 min)** : les animateurs ont montré aux patients des photos de personnes exprimant différents sentiments et leur ont demandé d'imaginer ce à quoi ces gens pouvaient penser en rapport avec leur traitement. Cette activité a permis aux patients de se souvenir d'expériences personnelles et de partager des aspects concrets de leur vie sous traitement.
- **Établissement de priorités (20 minutes)** : la dernière activité consistait à demander aux patients de sélectionner les cinq éléments les plus importants abordés par le groupe de discussion, afin de permettre au centre d'établir des priorités dans ses objectifs.

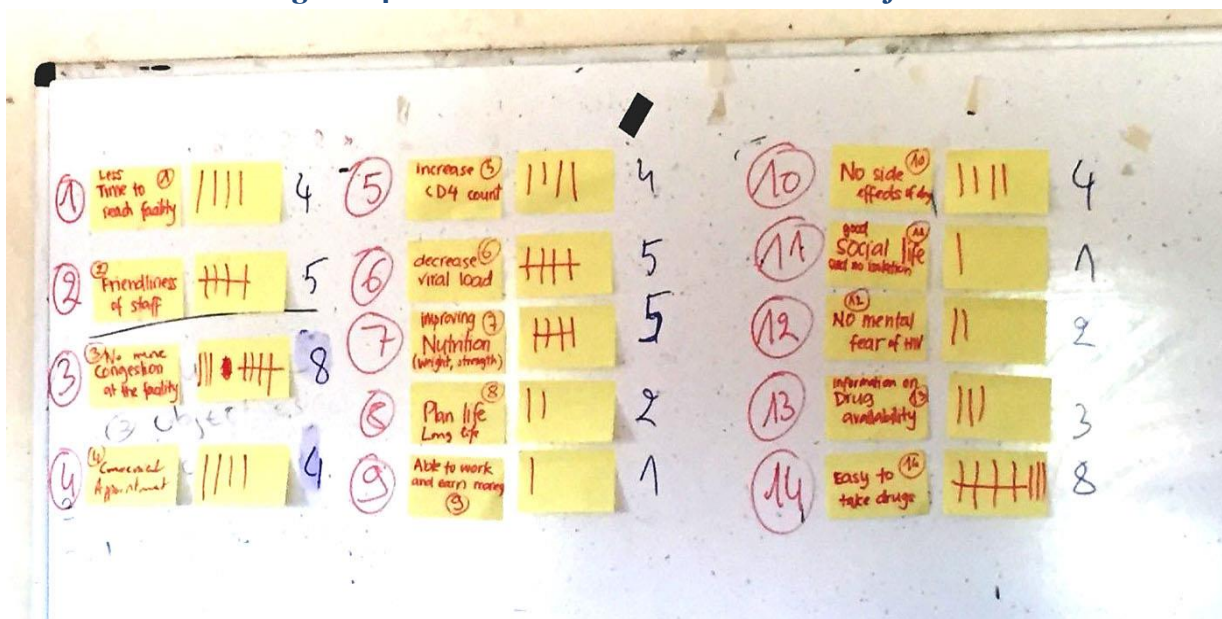
Figure 12 : Résultat de la schématisation heuristique avec le premier groupe de discussion au centre de santé de la TASO à Jinja



Figure 13 : Exemples de photos montrées aux patients



Figure 14 : Exercice de hiérarchisation des objectifs



Dans l'ensemble, cet exercice au site TASO de Jinja a permis de répertorier les facteurs favorables à une bonne observance des traitements par les patients.

Ces groupes de discussion peuvent aussi servir à recueillir les commentaires des patients sur les changements proposés dans les modèles de prestation de service (par exemple jours de consultation réservés ou parcours différents). Cela permet de voir si ces changements répondent aux besoins et aux contraintes des patients ou si les services doivent être adaptés différemment.

Outil 6 : Exemple d'un outil de surveillance des traitements antirétroviraux

THE AIDS SUPPORT ORGANIZATION (TASO) - UGANDA CCLAD MONITORING FORM

CDDP Name..... CDDP Code CCLAD Group Code..... Peer Leader Name..... Peer Leader Phone Number

District..... Sub-county..... Parish..... Village

FILLED IN BY TASO STAFF
Reviewer's Code.....
Next refill date.....

TB Screening: Please fill an ICF form for each client

S/ N	Registration Number (To be filled when pre-packing)	Name (To be filled when pre-packing)	Did client fall sick since last refill? (Yes or No)	If Yes, received any treatment? (Yes or No)	If yes, Where? (use codes below)	Were you admitted (Yes or No)	Reason for admission (specify)	Sexually active (Yes or No)	Is Client Pregnant Y or N or N/A	Family Planning Method Currently used <i>(Use codes below)</i>	Number of Condom pieces given		ART Regimen (please fill in the drug Codes)	(please complete drug Codes eg AR03	Pills dispensed	Pills returned ()	Have you missed taking your drugs in the last 3 days	Sign
											M	F						
1														AR				
														AR				
														AR				
														Cotri/Dap				
2														AR				
														AR				
														AR				
														Cotri/Dap				
3														AR				
														AR				
														AR				
														Cotri/Dap				
4														AR				
														AR				
														AR				
														Cotri/Dap				
5														AR				
														AR				
														AR				
														Cotri/Dap				

Codes for treatment facility: 1. Health center 2. TASO Center 3. TASO Outreach 4. Hospital 5. Private clinic

Codes for FP Method: 1) Pills 2) condoms 3) IUD 4) Implant 5) injection 6) permanent 7) others 8) None

CCLAD Form 2013

[Type text]

(Outil utilisé par des clubs d'observance gérés par les patients et soutenus par la TASO en Ouganda)

Outil 7 : Critères d'admissibilité établis par MSF pour intégrer un groupe communautaire TAR (GCT)⁷¹

Description : les GCT ont été lancés avec des patients stables sous traitement antirétroviral, bien que la notion de patient stable diffère d'un établissement à l'autre. MSF est également en train de tester la mise en place de GCT pour des patients instables – les patients non admissibles au traitement notamment –, des enfants, des adolescents, des femmes enceintes et des patients sous traitement de deuxième intention. Le tableau donne un aperçu des critères actuels et de la manière dont ceux-ci peuvent évoluer en fonction de changements intervenus dans le contexte. Les critères suivants devront être adaptés au contexte local.

Vous pouvez rejoindre un GCT lorsque vous remplissez les conditions suivantes :

Critères actuels	Critères futurs
Être sous TAR depuis plus de 6 mois	Dès la première charge virale < 1 000 copies/mL (si cela se produit avant 6 mois de traitement)
Schéma thérapeutique actuel inchangé depuis plus de 3 mois (en fonction du schéma thérapeutique local)	-
Numération des CD4 > 350 cellules/ μ L	Charge virale < 1000 copies/mL En l'absence de test de charge virale : patients stables ne présentant aucun signe d'échec immunologique ou clinique
Absence de tuberculose ou autre infection opportuniste évolutive	Patients co-infectés par le VIH et la tuberculose, s'ils fréquentent l'établissement pour renouveler un traitement antituberculeux
Ne pas suivre un traitement de deuxième intention	-

Outil 8 : Tâches supplémentaires engendrées par une différenciation de la délivrance des médicaments

Il se peut que la mise en œuvre de modes différenciés de délivrance des médicaments exige d'adapter les tâches de certains membres du personnel non médical (conseillers, ASC, patients experts, par exemple). MSF a souligné l'importance de reconnaître ces « cadres non professionnels »^{xi}, dans la mesure où ils contribuent grandement à la prestation de services en rapport avec le VIH et la tuberculose, notamment aux services de dépistage et de conseils, aux séances de conseils sur l'observance des traitements et aux modèles communautaires de délivrance des médicaments⁷². Un dispositif serait nécessaire qui permettrait de reconnaître, former et superviser ces personnes, et de les inclure dans les politiques nationales de manière systématique⁷³.

Espacement des rendez-vous et renouvellement accéléré des traitements

- Accueil : trier les patients venus uniquement pour renouveler leurs traitements, trouver leurs dossiers et les diriger vers la pharmacie
- Pharmacie : dispenser des traitements pour des périodes plus longues, conformément aux ordonnances des médecins (planifier les approvisionnements et garantir la disponibilité des médicaments – se reporter au module 3, section 3.5 sur la planification des approvisionnements en médicaments)
- Cliniciens : suivre les patients pour s'assurer que leur état de santé reste satisfaisant, et veiller à ce que le personnel de la pharmacie soit tenu informé de tout changement dans les ordonnances

Clubs d'observance

- Personnel infirmier/conseillers : identifier et former des patients experts pouvant animer le club
- Opérateur de saisie/responsable du suivi et de l'évaluation : rassembler, vérifier et saisir les données recueillies au cours des examens de santé réalisés dans les clubs

Distribution des médicaments dans des établissements de niveau inférieur

- Cliniciens/personnel infirmier : former le personnel concerné dans ces établissements ; transférer des patients suivis par l'établissement central ou diriger de nouveaux patients vers ces établissements périphériques et surveiller l'évolution de leur état de santé dans les premiers mois
- Pharmacie : travailler en liaison étroite avec les cliniciens et le personnel infirmier ; veiller à ce que les médicaments et autres produits soient livrés à l'établissement périphérique et assurer un suivi de leur utilisation

Points de distribution communautaires des médicaments

- Personnel infirmier/conseillers : distribuer les médicaments, peser les patients et procéder à des examens de santé généraux basés sur l'observation d'éventuels symptômes
- Patients experts : apporter un soutien et dispenser des conseils au moment de la distribution des médicaments
- Pharmacie : assurer la liaison avec les personnes chargées de superviser les patients experts et les agents de santé communautaires, prévoir la livraison des médicaments nécessaires à des dates bien définies et s'assurer que toutes les précautions sont prises pour le transport des colis

^{xi} L'expression « cadre non professionnel » désigne tout agent de santé qui exécute des fonctions liées à la prestation de soins de santé, qui est formé dans le contexte de l'intervention et qui ne possède ni certificat professionnel ou paraprofessionnel officiel, ni diplôme de l'enseignement supérieur, ainsi que le définit Lewin en 2010 dans : *Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious diseases*. Lewin, S., et al., Cochrane Database of Systematic Reviews 3:CD004015, 2010

- Cliniciens/personnel infirmier : équipe d'appui pour prélever les échantillons sanguins et procéder aux examens de santé lors des rendez-vous semestriels

Groupes communautaires TAR

- Patients experts : distribuer les médicaments, peser les patients et procéder à des examens de santé généraux basés sur l'observation d'éventuels symptômes ; apporter un soutien et dispenser des conseils pendant la distribution
- Personnel infirmier/conseillers : identifier et former des patients experts pouvant animer le club
- Pharmacie : emballer les médicaments séparément pour chaque patient en indiquant le nom et les coordonnées de la personne et s'assurer que toutes les précautions sont prises pour le transport des colis
- Opérateur de saisie/responsable du suivi et de l'évaluation : rassembler, vérifier et saisir les données figurant sur les fiches remplies par les patients experts lors des examens de santé

VII. Autres ressources

Sommaire

1	Lignes directrices générales	81
2	Dépistage différencié	81
3	Modes de dépistage novateurs	81
4	Populations-clés	82
5	Participation communautaire	82
6	Prise en charge intégrée de la tuberculose et du VIH	83
7	Outils de suivi	83
8	Gestion de l'approvisionnement en médicaments	83

REMARQUE : les lignes directrices les plus importantes sont toutes disponibles sur les sites web de l'OMS (www.who.int) ou de l'ONUSIDA (www.unaids.org).

Cette section du guide propose une liste de ressources qui vous aideront à comprendre l'intérêt d'une différenciation de la prise en charge médicale et thérapeutique ou à mettre en œuvre ces modes différenciés de prise en charge. Elle est organisée par thèmes. Cette liste n'est pas exhaustive et vous pourrez trouver d'autres documents en consultant les sites web de nos partenaires.

1 Lignes directrices générales

- *The health journey, understanding the dimensions of care and treatment for people living with HIV. A community centered methodology.* Alliance internationale contre le VIH/sida, 2006. http://www.aidsalliance.org/assets/000/000/730/263-Health-journey_original.pdf?1406298118
- *Diagnostics access initiative to achieve the 90-90-90 treatment target.* ONUSIDA, 2015 http://www.unaids.org/en/resources/documents/2015/20150422_diagnostics_access_initiative
- *Systematic screening for active tuberculosis: principles and recommendations.* OMS, 2013 <http://www.who.int/tb/tbscreening/en/>
- *Pathways to better diagnostics of tuberculosis.* Partenariat Halte à la tuberculose et OMS, 2009 <http://www.stoptb.org/assets/documents/research/2009.pdf>
- *Consolidated guidelines on HIV testing services. 5Cs: consent, confidentiality, counseling, correct results and connection.* OMS, juillet 2015 <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en/>
- *Task shifting: global recommendations and guidelines.* OMS, 2008 <http://www.who.int/healthsystems/TTR-TaskShifting.pdf>

2 Dépistage différencié

- *Uptake of Community-Based HIV Testing during a Multi-Disease Health Campaign in Rural Uganda.* Chamie, G., et al., PLOS, 2014 <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0084317>
- *Coordinating HIV testing with combination prevention: a new strategic direction for the CDC Mozambique program.* Shodell, D., Honwana, N., McOwen, J., 2013 <http://pag.ias2013.org/Abstracts.aspx?AID=1860>
- *Improving tuberculosis case detection. A compendium of TB REACH case studies, lessons learned and a monitoring and evaluation framework.* Partenariat Halte à la tuberculose, TB REACH, 2014. http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/technical/TB_Case_Studies.pdf
- *Recommendations for investigating contacts of persons with infectious tuberculosis in low- and middle-income countries.* OMS, 2012 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77741/1/9789241504492_eng.pdf
- *Planification, mise en œuvre et surveillance du conseil et du dépistage du VIH à domicile. Manuel pratique pour l'Afrique subsaharienne.* OMS, 2012 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78412/1/9789242504316_fre.pdf?ua=1

3 Modes de dépistage novateurs

- *Increasing access to HIV counseling and testing through mobile services in Kenya: strategies, utilization and cost-effectiveness.* Grabbe, K.L., et al., Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 2010 http://scholar.harvard.edu/files/menzies/files/grabbe_jaids_2010.pdf
- *SMS printers aid early infant diagnosis of HIV/AIDS in Nigeria.* OMS et mHealth Alliance, 2013 http://www.who.int/reproductivehealth/publications/mhealth/infant_diagnosis_hiv_nigeria/en/
- *Mobile device for disease diagnosis and data tracking in resource-limited settings.* Chin, C.D., et al., Clinical Chemistry, 2013 <http://files.icap.columbia.edu/files/uploads/clinchem.2012.199596.full.pdf>

4 Populations-clés

- *Adolescent HIV Care and Treatment, a training curriculum for multidisciplinary healthcare teams. Trainer manual.* ICAP, CDC, PEPFAR et Centre François-Xavier Bagnoud, mars 2011.
<http://icap.columbia.edu/resources/detail/adolescent-hiv-care-and-treatment>
- *Note d'information sur les adolescents – Fonds mondial (à ajouter lors de sa publication)*
- *Improving retention, adherence & psychosocial support within PMTCT services. A toolkit for health workers.* ICAP <http://icap.columbia.edu/resources/detail/prevention-of-mother-to-child-transmission-pmtct-of-hiv-resources>
- *Integrating gender into HIV/AIDS programmes in the health sector: Tool to improve responsiveness to women's needs.* OMS, 2009
http://www.who.int/gender/documents/gender_hiv_guidelines_en.pdf
- *Guideline on HIV disclosure counseling for children up to 12 years of age.* OMS, 2011
http://www.who.int/hiv/pub/hiv_disclosure/en/
- *HIV testing and counseling in prisons and other closed settings.* OMS, 2009
http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/Final_UNODC_WHO_UNAIDS_technical_paper_2009_TC_prison_ebook.pdf
- *Guidance on couples HIV testing and counselling – including antiretroviral therapy for treatment and prevention in sero-discordant couples.* OMS, 2010
<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/9789241501972/en/>
- *Guidance on testing and counselling for HIV in settings attended by people who inject drugs: Improving access to treatment, care and prevention.* OMS, 2009
http://www.who.int/hiv/pub/idu/searo_wpro_tc/en/
- *Outils de l'ETIA pour gérer la transition vers l'option B/B+.* ETIA, 2015
http://mightymail.gorillawebstudio.com/t/ViewEmail/r/00C9E90F95C684142540EF23F30FEDED/C67FD2F38AC4859C/#toc_item_0

5 Participation communautaire

- *Community involvement in tuberculosis care and prevention: towards partnerships for health.* OMS, 2008 <http://www.who.int/tb/publications/2008/9789241596404/en/>
- *Administration communautaire de la thérapie antirétrovirale : expériences de Médecins Sans Frontières.* ONUSIDA et Médecins Sans Frontières, 2015.
http://www.unaids.org/fr/resources/documents/2015/20150420_MSIF_UNAIDS_JC2707
- *Plus près des patients.* Progrès dans la mise en œuvre des stratégies à base communautaire et d'autres stratégies d'amélioration de l'observance du traitement ARV. Médecins Sans Frontières, décembre 2013.
http://www.msf.fr/sites/www.msf.fr/files/plus_pres_des_patients_avril_2014_web.pdf
- *Guide pour les groupes communautaires TAR.* Comment mettre en place le modèle GCT. Médecins Sans Frontières, décembre 2013.
http://www.msf.fr/sites/www.msf.fr/files/guide_pour_les_groupes_communautaires_tar_avril_2014_web.pdf
- *Community engagement for antiretroviral treatment. Participatory tools and activities for civil society organizations working with people with HIV.* Alliance internationale contre le VIH/sida, 2006
http://www.aidsalliance.org/assets/000/000/982/Trainers_manual_Community_engagement_for_ART_original.pdf?1409672556

6 Prise en charge intégrée de la tuberculose et du VIH

- *Intégration communautaire contre la co-infection tuberculose/VIH. Guide de bonnes pratiques.* Alliance internationale contre le VIH/sida et PATH, 2013
http://www.aidsalliance.org/assets/000/000/783/GPG_VIH-TB_integration-FR_original.pdf?1407143911
- *Politique de l'OMS pour les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH.* OMS, 2012 http://www.who.int/tb/publications/2012/tb_hiv_policy_9789241503006/fr/
- *Best practices in the integration of TB and HIV/AIDS services, experience from five countries.* Wandwalo, E., et al., juillet 2010. <http://www.tbcare1.org/publications/>

7 Outils de suivi

- MSF – *Guide pour les GCT* <http://samumsf.org/blog/portfolio-item/cmc/>
- MSF – *Clubs d'observance des TAR*
<https://www.msf.org.za/sites/msf.org.za/files/Publication/Documents>
- *WHO guide for monitoring and evaluating national HIV testing and counselling (HTC) programmes* – <http://www.who.int/hiv/pub/vct/9789241501347/en/>

8 Gestion de l'approvisionnement en médicaments

- *Médicaments essentiels : Guide pratique d'utilisation à l'usage des médecins, pharmaciens, infirmiers et auxiliaires de santé*, édition 2013 – *Organisation et gestion d'une pharmacie*, à partir de la page 297. http://refbooks.msf.org/msf_docs/fr/essential_drugs/ed_fr.pdf
- *Manuel de gestion de l'approvisionnement dans les structures sanitaires de premier niveau* <http://www.who.int/hiv/amds/HandbookFrenchFeb2007.pdf?ua=1>
- *MDS-3 Managing Access to Medicines and Health Technologies (Third Edition)*, chapitres 30, 31, 33 : *Ensuring good dispensing practice*; Management Sciences for Health, 2012
<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19607en/s19607en.pdf> (chapitre 30)
<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19577en/s19577en.pdf> (document entier)
- *Where there are no Pharmacists: A Guide to Managing Medicines for All Health Workers.* Andersson, S., Snell, B., TWN/HAI Asie-Pacifique, 2010.
http://www.twshop.com/index.php?main_page=product_info&products_id=408 ou
<http://www.inrud.org/ICIUM/ConferenceMaterials/269-snell-b.pdf>

VIII. Références

- ¹ *The five elements of DOTS*. OMS. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int/tb/dots/whatisdots/en/>
- ² Rapport 2015 sur les résultats du Fonds mondial. http://www.theglobalfund.org/fr/news/2015-09-21_Report_Shows_17_Million_Lives_Saved/ (voir page 7)
- ³ *The GAP Report* ONUSIDA / JC2656 (version originale publiée en juillet 2014, actualisée en septembre 2014) http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Gap_report_en.pdf
- ⁴ *Stop TB Partnership Annual Report 2014* ; UNOPS, 2015
http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/annualreports/STOPTB_annualeport_2014_web.pdf
- ⁵ *PEPFAR 3.0 Controlling the Epidemic: Delivering on the Promise of an AIDS-free Generation*. Bureau du coordonnateur américain de la lutte contre le sida dans le monde, décembre 2014
<http://www.pepfar.gov/documents/organization/234744.pdf>
- ⁶ *Reframing HIV care: putting people at the centre of antiretroviral delivery*. Duncombe, C., et al. (2015), *Tropical Medicine and International Health*, 20: 430–447. Disponible à l'adresse suivante : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/tmi.12460/full>
- ⁷ *Monitoring & Evaluation: Data and Service Quality Assessment*. Fonds mondial. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.theglobalfund.org/en/me/documents/dataquality/>
- ⁸ *Lignes directrices unifiées sur les informations stratégiques relatives à l'infection à VIH dans le secteur de la santé*. OMS, mai 2015. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/strategic-information-guidelines/fr/>
- ⁹ *Technical Report: Feasibility of proposed quality criteria for monitoring and improving HIV services*. USAID/Projet pour l'amélioration de la prise en charge médicale – Septembre 2011. Disponible à l'adresse suivante : https://www.usaidassist.org/sites/assist/files/feasibility_hiv_quality_criteria_sept11.pdf
- ¹⁰ *Rapport mondial*. ONUSIDA, 2013. Disponible à l'adresse suivante : http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_fr_1.pdf
- ¹¹ *Déficit de financement de la lutte contre la tuberculose*. OMS et FMSTP, 2012. Disponible à l'adresse suivante : http://www.who.int/tb/dots/funding_gaps/fr/
- ¹² *90–90–90 : une cible ambitieuse de traitement pour aider à mettre fin à l'épidémie du sida*. ONUSIDA, 2014. Disponible à l'adresse suivante : http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_fr.pdf
- ¹³ *Stratégie et cibles de la lutte antituberculeuse après 2015*. OMS, 2015. Disponible à l'adresse suivante : http://www.who.int/tb/post2015_strategy/fr/
- ¹⁴ *Plan mondial pour éliminer la tuberculose, 2016-2020*. Partenariat Halte à la tuberculose. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.stoptb.org/global/plan/plan2/>
- ¹⁵ *TB, Reach the 3 million*. OMS, 2014. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int/campaigns/tb-day/2014/campaign-brochure/en/>
- ¹⁶ *Consolidated guidelines on HIV testing services*. OMS, juillet 2015. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en/>
- ¹⁷ *Accélérer la riposte : mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030*. ONUSIDA / JC2686 2014
http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2686_WAD2014report_fr.pdf
- ¹⁸ *Consolidated guidelines on HIV testing services*. OMS, juillet 2015. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en/>

-
- ¹⁹ *Consolidated guidelines on HIV testing services*. Pages 33 et 38. OMS, juillet 2015. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en/>
- ²⁰ *Coordinating HIV testing with combination prevention: a new strategic direction for the CDC Mozambique program*. Shodell, D., et al., 7^e Conférence de l'IAS sur la pathogénèse et le traitement du VIH : résumé n° MOPE166, 2013. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.aids2014.org/Default.aspx?pageId=11&abstractId=200748281>
- ²¹ *Mozambique Increases Access to HIV Testing*. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.jhpiego.org/content/mozambique-increases-access-hiv-testing>
- ²² *PEPFAR Country/Regional Operational Plan (COP/ROP) 2015 Guidance*. DÉPARTEMENT D'ÉTAT AMÉRICAIN <http://www.pepfar.gov/documents/organization/237669.pdf>
- ²³ *Consolidated guidelines on HIV testing services*. OMS, juillet 2015. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en/>
- ²⁴ *Screening for tuberculosis and testing for human immunodeficiency virus in Zambian prisons*. Katie R Maggard et al., Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé 2015 ; 93:93–101. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int/bulletin/volumes/93/2/14-135285/en/>
- ²⁵ *Consolidated guidelines on HIV testing services*. OMS, juillet 2015. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en/>
- ²⁶ *Uptake of Community-Based HIV Testing during a Multi-Disease Health Campaign in Rural Uganda*. Chamie, G., et al. (2014). PLoS ONE 9(1): e84317. Disponible à l'adresse suivante : <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0084317>
- ²⁷ *Improving tuberculosis case detection. A compendium of TB REACH case studies, lessons learned and a monitoring and evaluation framework*. Partenariat Halte à la tuberculose, TB REACH, 2014. Disponible à l'adresse suivante : http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/technical/TB_Case_Studies.pdf
- ²⁸ *Consolidated guidelines on HIV testing services*. OMS, juillet 2015. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en/>
- ²⁹ *Best practices in the integration of TB and HIV/AIDS services, experience from five countries*. Wandwalo, E., et al., juillet 2010. Disponible à l'adresse suivante : http://www.challengetb.org/publications/tools/tb_hiv/Best_Practices_Integration_TB_HIV_AIDS_Services.pdf
- ³⁰ *Analyses et cartographies régionales de la vulnérabilité au VIH/sida. Région de Kédougou. Rapport final*. USAID et FHI 360, 2014 (non publié)
- ³¹ *Consolidated guidelines on HIV testing services*. OMS, juillet 2015. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en/>
- ³² *Effect of provider-initiated testing and counselling and integration of ART services on access to HIV diagnosis and treatment for children in Lilongwe, Malawi: a prepost comparison*. Weigel, R., et al. (2009) BMC Pediatrics 9(80). Disponible à l'adresse suivante : <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/9/80>
- ³³ *Why are antiretroviral treatment patients lost to follow-up? A qualitative study from South Africa*. Miller, C.M., et al. Tropical Medicine and International Health 2010. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20586960>
- ³⁴ *Addressing low uptake of antiretroviral drugs for prevention of mother-to-child transmission of HIV in sub-Saharan Africa*. Alliance internationale contre le VIH/sida, 2014. Disponible à l'adresse suivante : http://www.aidsalliance.org/assets/000/000/737/90670-Addressing-PMTCT-uptake_original.pdf?1406299595
- ³⁵ *Integration of HIV/AIDS services with maternal, neonatal and child health, nutrition, and family planning services*. Lindegren, M.L. et al., Cochrane Database of Systematic Reviews, 2012. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22972150>

-
- ³⁶ *The effect of complete integration of HIV and TB services on time to initiation of antiretroviral therapy: a before-after strategy.* Kerschberger, B., et al., PLOS ONE, octobre 2012. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3465310/>
- ³⁷ All in: *End Adolescent AIDS.* ONUSIDA, 2015. Disponible à l'adresse suivante : http://www.unaids.org/fr/resources/documents/2015/20150217_ALL_IN_brochure
- ³⁸ Traitement antirétroviral de l'infection à VIH chez l'adulte et l'adolescent. OMS, 2010. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int/hiv/pub/arv/adult2010/fr/>
- ³⁹ *The effect of complete integration of HIV and TB services on time to initiation of antiretroviral therapy: a before-after strategy.* Kerschberger, B., et al., PLOS ONE, octobre 2012. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3465310/>
- ⁴⁰ *Integrated delivery of HIV and tuberculosis services in Sub-Saharan Africa: a systematic review.* Uyei, J., Coetzee, D., Macinko, J., Guttmacher, S., The Lancet, novembre 2011. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22035614>
- ⁴¹ *Best practices in the integration of TB and HIV/AIDS services, experience from five countries.* Wandwalo, E., et al., juillet 2010. Disponible à l'adresse suivante : http://www.challengeTB.org/publications/tools/tb_hiv/Best_Practices_Integration_TB_HIV_AIDS_Services.pdf
- ⁴² *Adolescent HIV Care and Treatment, a training curriculum for multidisciplinary healthcare teams. Trainer manual.* ICAP, CDC, PEPFAR et Centre François-Xavier Bagnoud, mars 2011. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.medbox.org/zambia/adolescent-hiv-care-and-treatment-a-training-curriculum-for-health-workers-zambia-trainer-manual/preview?q>
- ⁴³ *HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counseling and care for adolescents living with HIV ; directives de l'OMS,* 2013. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/adolescents/en/>
- ⁴⁴ Integration of HIV/AIDS services with maternal, neonatal and child health, nutrition, and family planning services. Lindegren, M.L. et al., Cochrane Database of Systematic Reviews, 2012. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22972150>
- ⁴⁵ *Antiretroviral therapy in antenatal care to increase treatment initiation in HIV-infected pregnant women: a stepped-wedge evaluation.* Killam, W.P., et al., AIDS. 2010. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19809271>
- ⁴⁶ Intégration communautaire contre la co-infection tuberculose/VIH. Guide de bonnes pratiques. Alliance internationale contre le VIH/sida et PATH, 2013 http://www.aidsalliance.org/assets/000/000/783/GPG_VIH-TB_integration-FR_original.pdf?1407143911
- ⁴⁷ *Successes and Challenges in an Integrated Tuberculosis/HIV Clinic in a Rural, Resource-Limited Setting: Experiences from Kericho, Kenya.* Shaffer, D., et al., 2012. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.hindawi.com/journals/art/2012/238012/>
- ⁴⁸ *Task shifting: global recommendations and guidelines.* OMS, 2008. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int/healthsystems/TTR-TaskShifting.pdf>
- ⁴⁹ *Patient retention in antiretroviral therapy programs up to three years on treatment in sub-Saharan Africa, 2007-2009: systematic review.* Fox, M.P., Rosen, S., Tropical Medicine and International Health 2010. Disponible à l'adresse suivante : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-3156.2010.02508.x/abstract>
- ⁵⁰ *Loss to follow up from tuberculosis treatment in an urban informal settlement (Kibera), Nairobi, Kenya: what are the rates and determinants.* Kizito, K.W., Dunkley, S., Kingori, M., Reid, T., Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene. 2011. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20889176>
- ⁵¹ *Interventions to improve or facilitate linkage to or retention in pre-ART (HIV) care and initiation of ART in low- and middle-income settings – a systematic review,* Govindasamy, D., et al. Journal de la Société

internationale du sida, 2014. Disponible à l'adresse suivante :

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4122816/>

⁵² *Why are antiretroviral treatment patients lost to follow-up? A qualitative study from South Africa.* Miller, C.M., Ketlhapile, M., Rybasack-Smith, H., Rosen S., Tropical Medicine and International Health 2010. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20586960>

⁵³ *Task shifting: global recommendations and guidelines.* OMS, 2008. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int/healthsystems/TTR-TaskShifting.pdf>

⁵⁴ *Potential impact of task-shifting on costs of antiretroviral therapy and physician supply in Uganda.* Babigumira, J.B., et al., BMC Health Services Research, 2009. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/192>

⁵⁵ *Community-based antiretroviral therapy programs can overcome barriers to retention of patients and decongest health services in sub-Saharan Africa: a systematic review.* Decroo, T., et al. International Health 2013; 5(3). Disponible à l'adresse suivante : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24030268>

⁵⁶ *Strategies to address clinic waiting time and retention in care: lessons from a large ART centre in South Africa.* 17^e Conférence internationale sur le sida et les IST en Afrique, du 7 au 11 décembre 2013. Disponible à l'adresse suivante :

http://www.researchgate.net/publication/268512763_Strategies_to_Address_Clinic_waiting_time_and_Retention_in_are_Lessons_from_a_large_ART_centre_in_South_Africa_Background_to

⁵⁷ *ART adherence clubs: A long-term retention strategy for clinically stable patients receiving antiretroviral therapy.* Wilkinson, L. Southern African Journal of HIV Medicine, 2013.

<http://www.sajhivmed.org.za/index.php/hivmed/article/view/77/118>

⁵⁸ *Task shifting: global recommendations and guidelines.* OMS, 2008. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int/healthsystems/TTR-TaskShifting.pdf>

⁵⁹ *Cost-effectiveness of ART adherence clubs for long-term management of clinically stable ART patients.* Bango, F. et al. 17^e Conférence internationale sur le sida et les IST en Afrique, Le Cap. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.sajhivmed.org.za/index.php/hivmed/article/view/77/118>

⁶⁰ *Medication Adherence Clubs: a potential solution to managing large numbers of stable patients with multiple chronic diseases in informal settlements.* Khabala, K. B., et al. Tropical Medicine and International Health, 20: 1265–1270. Disponible à l'adresse suivante :

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/tmi.12539/abstract> (exemples spécifiques d'intégration de la prise en charge de maladies non transmissibles et du VIH)

⁶¹ *Treatment outcomes and cost-effectiveness of shifting management of stable ART patients to nurses in South Africa: an observational cohort.* Long, L., Brennan, A., Fox, M.P., et al., PLOS Medicine 2011. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3139666/>

⁶² *Community Models of care explained.* Médecins Sans Frontières. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.msf.org/article/hivaids-community-models-care-explained>

⁶³ *Effectiveness of community-based directly observed treatment for tuberculosis in an urban setting in Tanzania: a randomised controlled trial.* Wandwalo, E., et al., The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, volume 8, numéro 10. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15527158>

⁶⁴ *Effectiveness of community-based directly observed treatment for tuberculosis in an urban setting in Tanzania: a randomised controlled trial.* Wandwalo, E., et al., The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, volume 8, numéro 10, octobre 2004, pages 1248 à 1254(7). Disponible à l'adresse suivante : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15527158>

⁶⁵ *Cost and cost-effectiveness of community based and health facility based directly observed treatment of tuberculosis in Dar es Salaam, Tanzania.* Wandwalo, E., et al., Cost Effectiveness and Resource Allocation 2005 ; 3: 6. Disponible à l'adresse suivante : <http://resource-allocation.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-7547-3-6>

⁶⁶ *Acceptability of community and health facility-based directly observed treatment of tuberculosis in Tanzania urban setting.* Wandwalo E et al., Health Policy. 2006 Oct ; 78(2-3):284-94. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16352370>

⁶⁷ *Plus près des patients. Progrès dans la mise en œuvre des stratégies à base communautaire et d'autres stratégies d'amélioration de l'observance du traitement ARV.* Médecins Sans Frontières, décembre 2013. Disponible à l'adresse suivante : http://www.msf.fr/sites/www.msf.fr/files/plus_pres_des_patients_avril_2014_web.pdf

⁶⁸ *Plus près des patients. Progrès dans la mise en œuvre des stratégies à base communautaire et d'autres stratégies d'amélioration de l'observance du traitement ARV.* Médecins Sans Frontières, décembre 2013. Disponible à l'adresse suivante : http://www.msf.fr/sites/www.msf.fr/files/plus_pres_des_patients_avril_2014_web.pdf

⁶⁹ *Decentralized diagnosis and treatment of drug-resistant tuberculosis in Khayelitsha, South Africa.* Médecins Sans Frontières, mars 2015. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.msfaccess.org/content/report-decentralized-diagnosis-and-treatment-dr-tb-khayelitsha>

⁷⁰ *Guide pour les groupes communautaires TAR. Comment mettre en place le modèle GCT.* Médecins Sans Frontières, décembre 2013. Disponible à l'adresse suivante : http://www.msf.fr/sites/www.msf.fr/files/guide_pour_les_groupes_communautaires_tar_avril_2014_web.pdf

⁷¹ *Guide pour les groupes communautaires TAR. Comment mettre en place le modèle GCT.* Médecins Sans Frontières, décembre 2013. Disponible à l'adresse suivante : http://www.msf.fr/sites/www.msf.fr/files/guide_pour_les_groupes_communautaires_tar_avril_2014_web.pdf

⁷² *Lignes directrices unifiées sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH : recommandations pour une approche de santé publique* Genève : OMS, 2013. Disponible à l'adresse suivante : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85324/1/WHO_HIV_2013.7_fre.pdf

Supplément aux Lignes directrices unifiées sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH : recommandations pour une approche de santé publique Genève : OMS, 2014. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/104264/1/9789241506830_eng.pdf.

Guide du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé. Genève : OMS et ONUSIDA, 2007. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int/hiv/pub/vct/pitc/fr/>

A qualitative assessment of a community antiretroviral therapy model in Tete, Mozambique. Rasschaert, F., et al., PLoS One 20;9(3):e91544e. 2014. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24651523>

Community-supported models of care for people on HIV treatment in sub-Saharan Africa. Bemelmans, M., et al., Tropical Medicine and International Health 19;8:968-977, 2014. Disponible à l'adresse suivante : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/tmi.12332/abstract>

⁷³ *HIV/TB Counselling: Who's Doing the Job? Time for Recognition of Lay Counsellors.* Médecins Sans Frontières, août 2015. Disponible à l'adresse suivante : http://www.msf.org/sites/msf.org/files/final_web_counsellor_report_one_page.pdf